UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
„VICTOR BABEŞ” TIMIŞOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ

CAIET DE STAGIU PENTRU PSIHIATRIE ADULȚI

ANUL VI MEDICINĂ GENERALĂ

LITOGRAFIA U.M.F. TIMIŞOARA
2003

CUPRINS:

I. Evaluarea pacientului psihic:

1. particularităţile beneficiarului serviciilor de sănătate mintală şi psihiatrie (As. Dr. Ovidiu Sturz)

2. particularităţile foii de observaţie în psihiatrie (As. Dr. Ovidiu Sturz)

3. examinarea stării psihice a adultului (As. Dr. Ovidiu Sturz, As. Dr. Liana Dehelean)

4. evaluări speciale pentru pacientul psihic adult (As. Dr. Ovidiu Sturz)

II. Principalele aspecte sindromologice şi nosologice în psihiatrie:

1. glosar de definiţii operaţionale (As. Dr. Liana Dehelean)
2. principalele sindroame psihiatrice (As. Dr. Liana Dehelean)
3. diagnosticul în psihiatrie (As. Dr. Liana Dehelean)
4. nosologia psihiatrică (As. Dr. Liana Dehelean)

III. Conexiuni între suferinţa neurologică, psihiatrică şi cea indusă de alcool (As. Dr. Liana Dehelean)

IV. Managementul pacienţilor psihici:

1. strategii terapeutice medicamentoase şi nemedicamentoase (As. Dr. Liana Dehelean)

2. programe de reabilitare psiho-socială (As. Dr. Ovidiu Sturz)

3. auto şi heteroagresiunea pacienţilor psihici (As. Dr. Ovidiu Sturz)

V. Legătura psihiatriei cu alte discipline (Prof. Dr. Mircea Lăzărescu)

VI. Sistemul de sănătate mintală şi psihiatria comunitară (As. Dr. Ovidiu Sturz)

VII. Bibliografie

CAPITOLUL I. EVALUAREA PACIENTULUI PSIHIC

CUPRINS:

- OBIECTIVE DIDACTICE
- ACTIVITĂȚI DIDACTICE
- MATERIAL DE STUDIU
- TESTE

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ASIMILAREA CONCEPTELOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ, TULBURARE PSIHICĂ ŞI DIZABILITATE

2. ÎNȚELEGEREA VIZIUNII COMUNITARE ASUPRA PARTICULARITĂȚILOR BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ

3. ÎNSUŞIREA PROCEDURILOR DE EVALUARE A STĂRII PSIHICE A UNEI PERSOANE ADULTE

ACTIVITĂȚI DIDACTICE:

- ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:

1. *Care este viziunea D-voastră asupra suferindului psihic?*

……

……

2. *După ce criterii vă apreciați starea de sănătate mintală?*

……

……

3. *Ce ați aştepta în calitate de beneficiar de la ofertanții serviciilor de sănătate mintală?*

……

……

- EXERCIȚII:

1. Notați cele mai cunoscute prejudecăți cunoscute despre "bolnavii psihici". Comparați-le cu ale colegilor.

2. Care este primul aspect pe care-l observați (şi îl consemnați) la un client care intră în cabinetul D-voastră?

3. Încercați timp de 20 minute un joc de rol cu un coleg în care să jucați rolul pacientului sau al examinatorului(la alegere).
   Notați-vă impresiile şi discutați-le cu ale partenerului de joc de rol.

I.1. PARTICULARITĂȚILE BENEFICIARULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ŞI PSIHIATRIE

I.1.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE MINTALĂ, NORMALITATE, ANORMALITATE, BOALĂ ŞI DEFECT PSIHIC

Sănătatea în general nu se reduce – conform standardelor internaționale – doar la lipsa unei boli sau a unei infirmități, ci reprezintă de fapt "condiția unei complete bunăstări fizice, mintale şi sociale".

Sănătatea mintală se poate defini ca fiind o "stare subiectivă de bine a unui individ/colectivitate care poate fi atinsă printr-o dezvoltare personală armonioasă, respectiv printr-o viață colectivă echilibrată, în care oamenii comunică liber şi împărtăşesc aceleaşi valori".

Din punct de vedere al definițiilor antropologice tradiționale, **persoana "normală"(adaptată)** se defineşte ca fiind omul care, în acelaşi timp, corespunde în cît mai mare măsură normei statistice(a frecvenței maxime) şi ideale dintr-o socio-cultură dată, reuşind să-şi îndeplinească totodată rolul funcțional în cadrul sistemului socio-profesional din care face parte.

S-au formulat şi alte criterii pentru a defini cât mai nuanțat normalitatea şi sănătatea mintală, dintre acestea prezentând interes pentru omul adult următoarele:

- capacitatea de autonomie, de independență conştientă şi responsabilă
- corecta autopercepție şi autoapreciere, o stimă de sine echilibrată şi adecvată, precum şi un autocontrol cotidian
- capacitatea de bună relaționare socială, de evaluare a altora şi de rezolvare a problemelor practice
- toleranță suficientă la frustrare şi stres, cu o bună capacitate de a găsi strategii de conduită pentru a depăşi situațiile periculoase sau dificile
- capacitate suficientă de a se bucura, de a fi generos, de a trăi vinovăția, de a învăța din experiență
- capacitate de creație, de autodepăşire şi de integrare a valorilor umanității.

Boala psihică poate fi considerată ca o anormalitate deficitară importantă a psihismului, care conduce la dezorganizarea funcțiilor acestuia, putând conduce la diverse defecte psihice.

În psihiatria ultimilor ani se vorbeşte mai rar de "boală psihică"; cu atât mai mult cu cât în clasificarea OMS (1992) apare expresia **"tulburări psihice şi comportamentale".** Privită din perspectiva elementelor comune cu bolile organice putem distinge în cazul unei tulburări psihice o evoluție prin:

- *Episoade de tulburări psihice* care se petrec o singură dată în viață şi se remit (îşi revin complet), indiferent de intensitățile lor ("nevrotice" sau "psihotice"). Deşi nosologia psihiatrică modernă nu le utilizează explicit, trebuie precizat că:

- Tulburarea psihotică constă într-o modificare importantă a perceperii şi înțelegerii lumii, având drept consecința un comportament neadecvat, ce necesită internarea pentru tratament. "Psihozele" pot fi condiționate reactiv psihogen, dar mai ales "endogen" (deci prin cumulul interior al unor cauze ce se înlănțuie în timp).

–Tulburarea nevrotică constă în modificări psihice care nu perturbă grav percepția şi înțelegerea lumii, permițând continuarea vieții subiectului în comunitate, dar implică variate suferințe subiective intense (anxietate, frică, obsesii, tristețe, etc.), ce determină inhibiții în comportament şi expresie precum şi o egodistonie (= dezacord al subiectului cu sine) şi deseori o dependență de alții. Tulburările nevrotice sunt condiționate predominent psihogen sau prin stressori psiho-sociali, dar aspectele clinice (simptomele) de tip nevrotic pot fi prezente şi în suferințe somatice sau endogene.

- ***Episoade de boală ce se remit, dar revin, fără a lăsa urme clinice*** (defecte); uneori, poate rămâne o sensibilitate (= vulnerabilitate) crescută pentru noi episoade.

- ***Episoade ce se repetă şi determină*** (de la început sau pe parcurs) ***defecte*** clinice şi sociale inter-episodice. Acestea, uneori, se pot agrava pe parcurs.

Mai este de luat în considerare cazul în care ***episoadele psihopatologice*** apar ***la indivizi care au o personalitate aparte,*** dizarmonică

Trebuie precizat faptul că la nivel individual, starea de sănătate mintală poate fi recâştigată, după parcurgerea unei experienței patologice sau a unei dificultăți de adaptare. Din acest motiv persoana suferindă trebuie privită în ansamblul ei, statutul ei actual-în general de "pacient internat la psihiatrie"- constituind doar un episod din ciclul de viață al ființei în cauză.

I.1.2 PARTICULARITĂȚILE BENEFICIARULUI SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ ŞI PSIHIATRIE:

În Mileniul III persoanele suferinde de diverse tulburări psihice sunt privite nu numai ca pacienți ci şi ca **"beneficiari"**, **"clienți"** sau **"consumatori" ai serviciilor de sănătate mintală.** În acest mod este subliniată trecerea de la viziunea eminamente medicală a sistemului de sănătate la viziunea comunitară a îngrijirilor de sănătate mintală. În limbajul curent, va fi evitat astfel termenul de *pacient/bolnav*, considerat ca etichetant şi stigmatizant în context comunitar. În locul acestui termen, se vor utiliza interschimbabil termenul de *persoană cu probleme grave de sănătate*, *persoană cu dizabilități, beneficiar* sau *consumator de servicii de sănătate*. În acest mod, se dă întâietate calității de persoană umană, mai degrabă decât prezenței unui diagnostic sau a unei dizabilități. De exemplu, chiar atunci când se vorbeşte despre un diagnostic specific cum ar fi schizofrenia, preferăm termenul de *persoană cu schizofrenie* celui de *schizofrenic* sau *pacient schizofrenic*.

> În practica curentă trebuie făcută diferențierea între individul suferind de o tulburare psihică- care necesită îngrijiri medicale- şi afectarea funcționării, limitarea activităților şi restrângerea participării subiectului respectiv-care poate beneficia de servicii de reabilitare psiho-socială pentru reintegrarea în comunitate.

Privit din perspectiva funcționalității individul cu probleme de sănătate mintală poate prezenta o *limitare substanțială în activitățile cotidiene specific umane* sau o **dizabilitate**.

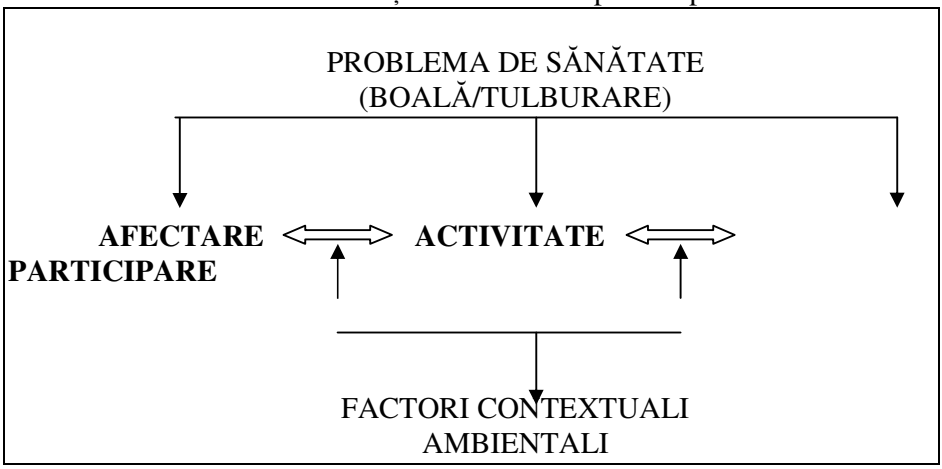
Clasificarea Internaționale a Afectărilor, Activităților şi Participării(C.I.A.D.H.-2)- a O.M.S. circumscrie activităţi diverse, de la cele simple spre cele complexe. Astfel, clasificarea activităților (care pot fi limitate) cuprinde şi:

- învățatul şi aplicarea cunoştințelor, rezolvarea problemelor, executarea sarcinilor, managementul performanțelor;
- activitățile de comunicare: înțelegerea, producerea şi comunicarea mesajelor verbale şi non-verbale;
- activitățile legate de mişcarea şi deplasarea individului;
- activitățile vieții cotidiene: igiena personală, aspectul fizic, grija față de propria sănătate şi bunăstare;
- activitățile domestice şi grija față de necesitățile gospodăreşti:
- comportamentul interpersonal: deprinderi sociale generale, stăpânirea comportamentului propriu, întreținerea relațiilor în familie şi cu prietenii sau colegii;
- răspunsul şi tratarea situațiilor particulare (medii toxice, poluate sau periculoase), precum şi comportamentele legate de muncă sau şcoală.

Dacă limitarea în activitate se referă la persoană (aspect definit şi ca *dizabilitate*), problemele legate de implicarea în situații şi relațiile cu societatea pun problema unei *restrângeri în participare* (aspect definit şi ca *handicap*).

Dizabilitatea este văzută ca o relație complexă/interactivă dintre problema de sănătate şi factorii contextuali (ambientali şi personali).

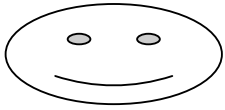
Conform O.M.S. interacţiunile dinamice pot fi reprezentate astfel:



Dacă bolile somatice şi consecinţele acestora nu ridică de obicei probleme deosebite de circumscriere, în cazul tulburărilor psihiatrice, relaţia afectare-dizabilitate este mai puţin clară. O serie de afectări în variate domenii (gândire, memorie, comportament, afecte etc.), identificabile în cadrul tulburărilor psihiatrice, nu au neapărat o legătură directă cu sindromologia şi nici cu dizabilitatea.

Din perspectiva îngrijirilor comunitare, evaluarea competenţelor de funcţionare socială şi a dizabilităţi beneficiarilor se por dovedi mai importante în evaluarea sănătăţii mintale decât însăşi simptomatologia.

Sarcina medicului este de a îmbunătăţi calitatea vieţii indivizilor cu dizabilităţi prin asistarea acestora în asumarea responsabilităţii propriei lor vieţi şi a funcţionării, în măsura posibilităţilor, activ şi independent în societate.



I.2. PARTICULARITĂȚILE FOII DE OBSERVAȚIE ÎN PSIHIATRIE

Foaia de observaţie constituie unul din principalele documente utilizate în sistemul de îngrijiri de sănătate, ea având şi o valoare medico-legală. În psihiatrie foaia de observaţie are o serie de particularităţi, ea permiţând descrierea specificului persoanei cu probleme de sănătate mintală în contextul microbiografiei sale şi în cadrul propriei nişe socio-familiale.

Medicul este responsabil de notarea exactă (şi lizibilă) a:

- **datelor paşaportale** ale persoanei examinate (numele şi prenumele pacientului, data naşterii, domiciliul complet al persoanei-inclusiv cu numărul telefonului acestuia -, documentele de identitate: carte/buletin de identitate, paşaport, etc.; ocupaţia, locul de muncă; după caz talonul de pensii şi tipul pensionării-de vârstă sau de boală -, etc.).
- **modalităţii de internare**: de urgenţă(DA/NU)
- **diagnosticului de trimitere**-inclusiv numele persoanei de referinţă
- **diagnosticului la internare şi la 72 ore**
- **diagnosticului la externare***

**toate diagnosticele se vor cuantifica în sistemul european conform I.C.D. 10*

Motivele internării vor sintetiza observaţiile din momentul primei evaluări a pacientului, precum şi informaţii primite de la diverse persoane-cheie identificate(însoţitori, aparţinători, personal calificat, etc.).

Anamneza va cuprinde:

- **antecedentele heredo-colaterale patologice**(în special tulburări psihice, tentative sau suicid în familia pacientului, consum de substanţe psiho-active, etc.-cu precizarea gradului de rudenie cu subiectul)
- **antecedente personale: fiziologice**(naştere, dezvoltare psiho-motorie, parcurgerea perioadelor de criză bio-psihologică, menarha, ciclu, S/N/A) şi **patologice** (tulburări de dezvoltare, boli somatice, T.C.C., etc.)
- **familia de origine**: rang în fratrie, vârsta părinţilor la naşterea clientului, structura familială, interrelaţii, eventuale probleme(violenţă, abuz, etc.)
- **ciclul instructiv-profesional**: şcoli urmate, randament şcolar, calificare, motivaţii, profesii exercitate, poziţia profesională actuală, relaţii şi responsabilităţi asumate la locul de muncă, eventuale probleme de adaptare, stagiul militar (satisfăcut/nesatisfăcut, dificultăţi raportate, etc.)

- **familia proprie**: experienţe erotice, trăiri afective, starea civilă, număr de copii (biologici/adoptivi), structura şi inter-relaţiile familiale, condiţii de habitat, venituri lunare ale gospodăriei, etc.
- **religia** actuală/angajamentul ideologic
- **Evenimente stressante de viaţă**(E.S.V.) şi eventualele condiţii care au favorizat afecţiunea actuală
- **Reţeaua de suport social**(R.S.S) - gradul şi tipul de suport
- **Caracteristici temperamentale de fond/personalitatea premorbidă**
- **Comportarea faţă de mediu şi eventualul consum de alcool sau droguri**

Istoria tulburării psihice actuale:

- primul episod (clinic/subclinic): debut, evoluţie
- episoadele anterioare: condiţionare, debut, tablou clinic(listă de simptome - cu durata şi intensitatea acestora), internări, respondenţă şi aderenţă terapeutică
- intervale între episoade - inclusiv tratamente de întreţinere, eventuale dizabilităţi sau restricţii în participarea socială
- episodul actual: debut, evoluţia până în momentul examinării-cu elaborarea unei ***liste de simptome*** (cu precizarea intensităţii acestora în dinamică)

Examenul clinic general

Investigaţii paraclinice

Examenul stării psihice actuale
Diagnostic de etapă **Plan de investigaţii** **Strategie terapeutică** **Program individualizat de reinserţie socio-profesională** **Epicriza -** cu precizarea managerului de caz[1] şi a dispensarizării în ambulator

Pentru întocmirea cât mai exactă a unei foi de observaţii este necesară şi preluarea informaţiilor de la însoţitori, aparţinători, profesionişti, etc.).

[1]managerii de caz sunt acele persoane di sistemul de sănătate mintală care îşi asumă responsabilitatea pentru a asigura ca pacienţii să beneficieze de îngrijiri adecvate

I.3. EXAMINAREA STĂRII PSIHICE A ADULTULUI

Pentru elaborarea unui diagnostic psihiatric şi a unei strategii terapeutice adecvate este necesar să se obţină şi să se înregistreze o serie de informaţii despre pacient. În acest scop este necesară cunoaşterea procedurilor de examinare directă a stării psihice de la un moment dat sau dintr-o perioadă anume din viaţa subiectului. Acest demers pe care-l întreprinde medicul de specialitate este deseori completat prin informaţii ale unor persoane de referinţă şi prin diverse examinări speciale.

În acest fel se va contura nu numai tabloul istoriei de viaţă a subiectului dar şi istoria afecţiunii psihiatrice a acestuia(care comportă uneori episoade anterioare) şi istoricul bolilor somatice asociate.

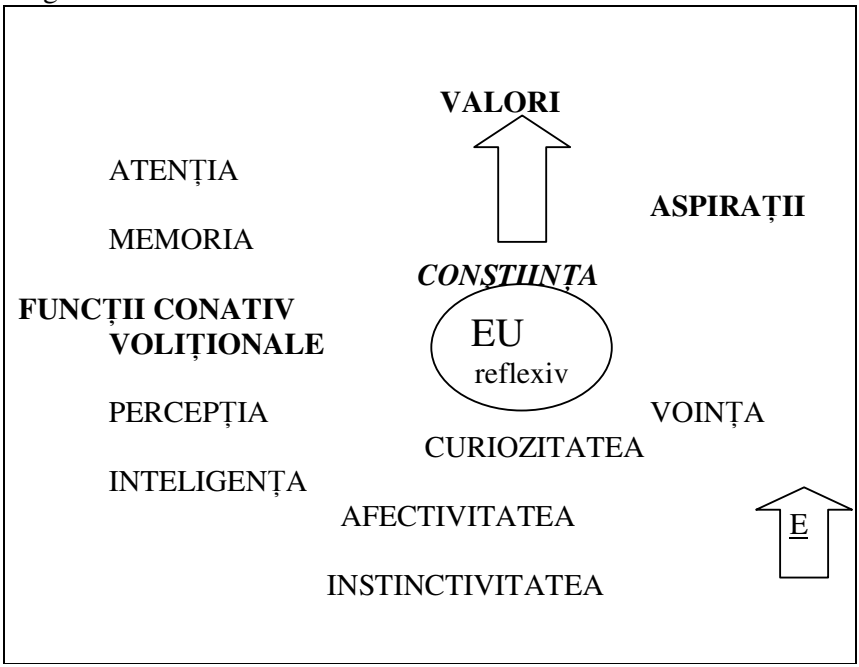
Examinarea sincronă a stării psihice presupune observarea aspectului general al pacientului-de la postură, igienă şi îmbrăcăminte la expresia mimico-gestuală şi privirea subiectului.

Descrierea atitudinii, a comportamentului în situaţie, a modalităţii de relaţionare precum şi a felului în care se derulează dialogul medic-pacient constituie de asemenea elemente fundamentale necesare evaluării corecte a beneficiarului serviciilor de sănătate mintală.

Deşi psihiatria este o disciplină medicală, în evaluarea suferindului psihic profesionistul din domeniul sănătăţii mintale trebuie să depăşească modelul clasic, biologic şi să cuprindă dimensiunile profund umane ale persoanei aflată într-un episod maladiv.

Evaluarea va include nu numai funcţiile dinamizante, intelective şi realizatoare ale persoanei ci şi profunzimea “EU-lui” reflexiv al acestuia, personalitatea precum şi dimensiunea axiologică a fiinţei umane respective.

Fig.



Reamintim faptul că orice examinare a pacientului (chiar şi a celui suferind de o tulburare psihică) începe cu o atentă **investigare a stării somatice generale a persoanei** în cauza. Datorită conexiunilor cu sistemul nervos **examinarea neurologică** atentă constituie un element fundamental în decelarea/diferențierea problemelor neurologice care pot condiționa tulburarea psihică. Prezența simptomelor psihice poate fi legată şi de **consumul de substanțe psiho-active** (L.S.D., cocaină, amfetamină sau alți inhibitori ai apetitului alimentar, etc.) sau de expunerea subiectului la un **toxic** (de exemplu hidrocarburi - mai ales cele tratate cu T.E.B., etc.). Din acest motiv interviul şi investigațiile speciale ulterioare trebuie să clarifice şi tulburările legate de consumul de substanțe (inclusiv de alcool).

Simularea/disimularea simptomelor psihice- întâlnită la anumite categorii de pacienți(de ex. persoane cu tulburări de personalitate) ridică probleme de diferențiere, în special pentru evaluatorul neexperimentat. Este necesară din acest motiv corelarea informațiilor asupra comportamentului subiectului primite de la diverse persoane (aparținători, colegi, vecini, alți profesionişti, etc.).

Simularea constituie o manifestare comportamentală falsă, utilizată în scopul obținerii unui beneficiu.

Prin disimulare se înțelege acțiunea de ascundere sau mascare a stărilor sufleteşti, a afecțiunilor psihice sau somatice.

Pentru evidențierea unor simptome este necesară cunoaşterea unor definiții operaționale(vezi subcapitolul *Glosar de definiții operaționale*) şi stăpânirea unor tehnici de interviu specifice. Întrebările se pun de obicei într-o anumită ordine, investigându-se prezența unor arii sindromatice. În cazul în care există indicii că într-o anumită direcție există o problemă(tulburare), atunci întrebările se vor diversifica, investigându-se detaliile privitoare la prezența sindroamelor dintr-o anumită clasă.

Există în prezent sisteme standardizate de chestionare psihopatologice generale, fie de tip structurat (pentru un simptom se pune o întrebare precisă cum ar fi modelul din Instrumentul Internațional Compozit de Diagnostic-*Composite International Diagnostic Instrument* - C.I.D.I.), fie semistructurate (sunt puse mai multe întrebări pentru fiecare simptom, ele putând fi completate de către un examinator experimentat, acesta solicitând deseori precizări şi exemplificări - cum este cazul în Scala de Evaluare Clinică în Neuropsihiatric-*Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* - S.C.A.N.).

Examinatorul unui pacient cu probleme psihice trebuie să aibă în minte(sau în notes) o listă de posibile simptome şi sindroame pe care le va căuta prin mijloace specifice. Deoarece în multe cazuri pacienții nu relatează spontan trăirile psihice patologice este nevoie de perseverență, suficientă practică şi multă răbdare pentru dezvăluirea acestora.

Pentru evitarea unor “scăpări”(în fond inevitabile în cazul emoțiilor unui interviu insuficient pregătit) sugerăm parcurgerea pas cu pas a unei scheme de evaluare pe nivele funcționale(vezi schema de mai jos).

În medie examinarea stării mintale a unui pacient efectuată de către viitorul licențiat în medicină generală durează aproximativ 30-40 minute.

EXAMENUL PSIHIC OBIECTIV (alături de EXAMENUL SOMATIC)

ASPECTUL PACIENTULUI

Ţinuta vestimentară

Igiena corporală

neglijate:

- schizofrenie simplă
- demenţă
- alcoolism
- depresie (uneori)

ţinută vestimentară bizară:

- schizofrenie
- dezorganizantă
- personalitate schizoidă

ţinută vestimentară sobră, închisă

- depresie

ţinută vestimentară extravagantă, în culori vii, împodobire, fardare excesivă: manie

CUM SE STABILEŞTE CONTACTUL PSIHIC

Atitudinea pacientului faţă de:

medic:

- cooperantă
- evazivă (evită răspunsurile clare)
- ostilă, agresivă
- revendicativă

boala psihică (conştiinţa bolii)

are conştiinţa bolii (nevroze) sau nu are conştiinţa bolii (psihoze) deşi admite că suferă (din cauza halucinaţiilor auditive injurioase, comentativ - ironice, imperative sau datorită delirului paranoid) dar nu pune simptomele pe seama unei boli psihice sau a SNC

POSTURA ADOPTATĂ

Postura depresivă: capul flectat, privirea în jos, mâinile în poale, facies cu comisurile în jos

Postura anxioasă: postură încordată, facies crispat

Cataplexia din stuporul cataton: flexibilitatea ceroasă cu menţinerea capului sau mâinii timp îndelungat într-o poziţie imprimată chiar şi incomodă

Distonia acută: contracturi musculare susţinute de tipul: opistotonus, trismus, torticolis, crize oculogire

EXPRESIVITATEA MIMICO – GESTUALĂ

Nelinişte psihomotorie:

anxietate, manie, delirium, agitaţie catatonă

Inhibiţie psihomotorie

depresie, stupor cataton

Stereotipii, perseverări

Echo -mimie, -praxie, -lalie

schizofrenie catatonă

Manierisme

schizofrenie dezorganizantă

Reacţii extrapiramidale la neurolepticele incisive: tremor, akatizie, diskinezie tardivă

EXAMENUL PSIHIC PE NIVELE FUNCȚIONALE

Nivel	Funcții investigate	Simptome
Câmpul actual de conştiinţă	Gradul de vigilitate Conştiinţa de sine şi mediu	Insomnii, obnubilare, coşmaruri Orientarea temporo-spaţială- auto- şi allopsihică
Nivelul instinctual	Instinct alimentar Instinct sexual Instinct vital Instinct gregar Instinct matern	Anorexie/hiperfagie/bulimie Disfuncții sexuale, parafilii Tentativă de suicid Izolare socială/sociabilitate Abandon/pruncucidere
Nivelul afectiv	Dispoziția afectivă de fond Reacțiile afective	Depresie, manie, anxietate, fobii, iritabilitate, Hiper/hipoexpresivitate afectivă Labilitate afectivă, Incongruență afectivă Ambivalență afectivă Inversiune afectivă
Nivelul cognitiv-intelectiv	Atenția Percepția Memoria Gândirea Inteligența	Hipo/hiperprosexie Iluzii, halucinații Hipo/hipermnezie de fixare sau de evocare Coerență (disociație), fluență(baraj mental), volum (presiunea gândirii, mentism), viteză (tahi/bradipsihie), grad de abstractizare, conținut (delir, obsesii, stereotipii) Vocabular, nivel de instruire
Nivelul volițional	Deliberare, decizie, trecere la act şi persistență în act	Incapacitate de a lua decizii Impulsivitate(lipsa deliberării) Abulie (lipsa voinței)
Nivelul spiritual-valoric	Norme morale, de conduită socială, creativitate	Absența conştiinței morale Stima de sine (culpabilitate sau megalomanie)

Deoarece în practica curentă decelarea **simptomelor psihotice** întâmpină anumite dificultăți se va prezenta mai jos o modalitate de depistare a acestora.

Halucinațiile psiho-senzoriale pot fi depistate dacă se chestionează subiectul în legătură cu:

- zgomotele sau vocile pe care le aude, specificându-se şi caracteristicile acestora (de exemplu halucinațiile auditive comentative la persoana a III-a sunt caracteristice schizofreniei). Halucinațiile imperative (de genul vocilor care-i comandă să fie agresiv față de alte persoane sau față de sine însuşi) sunt foarte periculoase!
- „vedeniile", imaginile care sunt percepute de subiect dar nu sunt văzute şi de alții din jur. Experiența arată că prezență fenomenelor halucinatorii vizuale este, în mod special, dificil de evaluat în cadrul psihopatologiei standard. Halucinațiile vizuale trebuiesc diferențiate de iluzii (percepția deformată a unui obiect „real") şi de fenomenele provocate de sugestibilitate (în special în cazul personalităților histrionice sau a diverselor experiențe mistice).
- Gusturile, mirosurile (resimțite în general ca neplăcute). În general caracterul bizar al acestora poate sugera o tulburare schizofrenă, dar suspiciunea diagnostică trebuie să se îndrepte primordial spre o patologie a lobului temporal.

Deoarece unii pacienți s-ar putea simți ofensați sau bruscați de întrebările puse prea direct este recomandabil ca ele să fie „pregătite" de elemente introductive care să justifice eventualele experiențe neobişnuite:

- *„Unii oameni spun că…."*
- *„Nu este neobişnuit ca cineva să aibă percepții ciudate…", etc.*

Este extrem de utilă notarea (în paranteză) a afirmațiilor subiectului precum şi verificarea experienței exacte a acestuia(solicitând informații de la diverse persoane de referință).

Medicul curant trebuie să încerce pe cât posibil să afle şi să înțeleagă gândurile pacientului. Ideea delirantă reprezintă un simptom pentru care nu se pot formula întrebări directe, deoarece pacientul nu o recunoaşte ca fiind diferită de alte credințe. Autorii anglo-saxoni accentuează faptul că nu falsitatea este ceea care hotărăşte dacă o credință este delirantă, ci natura proceselor mintale prin care ea s-a format.

Deoarece definiția clasică a delirului(vezi subcapitolul *Glosar de definiții operaționale)* nu cuantifică şi influențele culturale există riscul ca examinatorul să considere ca idee delirantă experiențe acceptate într-un alt context cultural. Dacă pacientul descrie convingeri bizare pentru mediul său sau dacă prezintă un comportament social inadecvat, atunci este foarte probabil ca acestea să reprezinte semnele unei tulburări psihice. Cu toate că

mulți pacienți își ascund ideile delirante, experiența arată că odată dezvăluită tematica delirantă se poate pătrunde apoi relativ uşor în profunzimea acestuia.

Notarea fidelă a ideilor delirante permite abordarea ulterioară în sensul cotării exacte a caracterului primar sau secundar a delirului, , a dinamismului, gradului de sistematizare şi verosimilitate a delirului, a raportului acestuia cu dispoziția afectivă (congruent/incongruent) precum şi încadrarea într-o temă delirantă.

Delirul de control (de influență xenopată a gândurilor, senzațiilor, stărilor afective, comportamentului etc.) este propriu schizofreniei (în special a celei paranoide) şi tulburărilor delirante persistente de tip parafren. În acest sens este întrebat pacientul asupra credinței că e controlat, condus de forțe exterioare (paranormale, etc.).

Abordarea ideilor delirante trebuie să se facă păstrând clasica atitudine de neutralitate binevoitoare față de problemele pacientului, fără a cădea în capcana polemicilor nedorite cu subiectul dar şi fără a întări delirul acestuia prin avizarea (sau acordul) ideilor delirante.

Existența ideii delirante poate fi sugerată (ca şi halucinația de altfel) de comportamentul neobişnuit al subiectului sau din informațiile furnizate de aparținători.

Aspectul particular (neîngrijit sau neobişnuit de exemplu) al individului alături de comportamentul bizar al acestuia constituie alte indicii pentru existența unor simptome psihotice. Limbajul ciudat, încâlcit, lipsit de logică (în ciuda întrebărilor ajutătoare) reflectă disociația ideo-verbală caracteristică schizofreniei.

I.4. INVESTIGAȚII SPECIALE PENTRU PACIENTUL PSIHIC ADULT

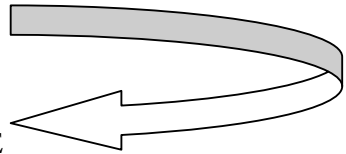
Pentru întregirea tabloului clinic - în vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine –în cazul unui pacient psihic adult pe lângă metodele interviului şi de observare medicală clasice este necesară aplicarea unor evaluări specifice.

În această categorie se situează în special testele psihologice şi unele investigații speciale (de ex. tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, etc.). Ele se adaugă bateriei de investigații paraclinice necesare încadrării nosologice.

Probele psihologice permit măsurarea şi descrierea aspectelor comportamentale ale subiectului. Utilizarea testelor psihologice presupune parcurgerea obligatorie a unui instructaj, standardizarea situațiilor de evaluare (ordine, durată, etc.), observarea subiectului, înregistrarea obiectivă a răspunsurilor, o evaluare statistică a comportamentului precum şi o clasare funcție de grupul de referință.

Gradul conştiinței bolii psihice poate fi evaluată în 4 trepte :

1. *Este pacientul conştient de fenomenele pe care ceilalți oameni le observă la el?*
2. *Recunoaşte (în eventualitatea că sunt conştientizate) că aceste fenomene sunt anormale?*
3. *Clientul crede că ele sunt efectele unei afecțiuni psihice?*
4. *Acceptă pacientul tratamentul?*



COMPLIANȚA/ADERENȚA PACIENTULUI LA MIJLOACELE TERAPEUTICE ŞI LA MODALITĂȚILE DE CONTROL

Principalele probe psihologice utilizate în serviciile psihiatrice:

PROBA PSIHOLOGICĂ:	**EXEMPLE:**
CHESTIONARE DE PERSONALITATE	INVENTARUL MINNESOTA (MMPI)
TESTE PROIECTIVE	TESTUL RORSCHACH, SZONDI
TESTE DE FUNCȚIONARE COGNITIVĂ	TESTUL REY(memorie), WECHSLER MATRICELE RAVEN(inteligență)

În afara acestor teste sunt utilizate diverse instrumente (scale, checklist-uri) clinice

- de psihopatologie generală, de exemplu: Scala Scurtă de Evaluare Psihiatrică - *Brief Psychiatric Rating Scale*-B.P.R.S., etc.),
- specifice(Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Scale, etc.) sau mixte(ex. Scala de Evaluare a Simptomelor Pozitive şi Negative din schizofrenie-P.A.N.S.S.).

Pentru evaluarea personalității premorbide a clientului se vor corela informații sigure asupra comportamentului anterior internării al subiectului.

Pentru clarificarea cazului se poate apela şi la realizarea unei anchete pe teren făcute de către asistentul social.

CAPITOLUL II PRINCIPALELE ASPECTE SINDROMOLOGICE ŞI NOSOLOGICE ÎN PSIHIATRIE

CUPRINS:

- GLOSAR DE DEFINIȚII OPERAȚIONALE
- PRINCIPALELE SINDROAME PSIHIATRICE
- DIAGNOSTICUL ÎN PSIHIATRIE
- NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ

II.1. GLOSAR DE DEFINIȚII OPERAȚIONALE

ABULIE: absența voinței
AGITAȚIE: stare caracterizată printr-o marcată nelinişte psiho-motorie dezordonată, fără sens dar perturbatoare, însoțită sau nu de agresivitate verbală sau fizică.
AGORAFOBIE: frica de a fi într-o situație sau într-un loc de unde subiectul nu poate să scape sau nu poate fi salvat în cazul în care face un atac de panică (frica de spații largi, aglomerate, de mijloace de transport, tuneluri, poduri, frica de a fi departe de casă – mediu securizant)
AKATISIE: nelinişte psiho-motorie indusă de tratamentul neuroleptic
ALOGIE: vorbire săracă din punct de vedere al conținutului informațional
AMBIVALENȚĂ AFECTIVĂ: prezența simultană la acelaşi subiect a două sentimente contrare.
AMINTIRE DELIRANTĂ: amintire reală dar reinterpretată de către subiect din perspectiva delirului său.
ANHEDONIE: pierderea capacității de a se mai bucura în situații în care anterior subiectul resimțea plăcere.
ANXIETATE: frică fără obiect. Se referă la anticiparea unui pericol iminent dar care nu poate fi precizat de către subiect.
ATAC DE PANICĂ: scurt episod de frică intensă şi paroxistică însoțită de simptomatologie vegetativă
AUTOMATISM MENTAL: convingerea că sentimentele, gândurile şi acțiunile nu mai aparțin subiectului în cauză ci îi sunt impuse din exterior şi contrar voinței acestuia (delir de influență xenopatică). Se asociază adesea cu pierderea intimității personale a gândurilor (citirea, furtul, sonorizarea gândurilor subiectului) în cadrul SINDROMULUI DE TRANSPARENȚĂ - INFLUENȚĂ
BLOCAJUL GÂNDIRII: întreruperea bruscă a fluxului ideativ, fără o cauză exterioară. Se poate asocia cu sentimentul de furt al gândurilor.
BULIMIE : comportament alimentar ce constă în ingerarea unei cantități mari de alimente (uneori dulciuri) într-un timp foarte scurt
COMPULSII constrângeri interioare puse în practică (acte) cu un caracter repetitiv şi ritualic, utilizate ca mecanism de luptă împotriva obsesiilor sau pentru a preveni producerea unui eveniment negativ în viitor.
CONFABULAȚIA: umplerea compensatorie a unui gol mnezic cu elemente inventate, provenite din imaginație, dar pe care subiectul le crede reale (halucinația de memorie).
DELIRIUM: în sens restrâns = stare confuz-onirică acută şi reversibilă caracterizată prin dezorientare predominant temporo-spațială, halucinații

vizuale sau scenice asemănătoare visului şi anxietate cu nelinişte psihomotorie. În sens larg = stare confuzională.
DELIRUL: convingerea patologică (absolută, imposibil de combătut cu argumente logice sau care nu cedează nici în faţa evidenţei) fără substrat real, ce apare pe fondul unui câmp de conştiinţă clar.În cazul în care convingerile subiectului sunt împărtăşite de comunitatea din care face parte, având deci un caracter cultural sau religios, nu poate fi diagnosticat un delir.
DELIR PARANOID : delir cu tematică de persecuţie
DEPERSONALIZARE: sentimentul de modificare stranie a propriului corp, de detaşare de propriul corp sau de propriile sentimente, trăiri
DEREALIZARE: subiectul percepe mediul înconjurător ca fiind ireal, totul pare lipsit de culoare, artificial sau mort.Oamenii sunt percepuţi ca fiind artificiali, devitalizaţi.
DISFORIE : proastă dispoziţie iritabilă
DISMORFOFOBIE: percepţia propriei înfăţişări ca fiind schimbată, urâtă cu deformarea trasăturilor.
DISOCIAŢIA CÂMPULUI ACTUAL DE CONŞTIINŢĂ : dezintegrarea unităţii funcţionale existente între percepţiile, memoria, conştiinţa de sine (identitatea sa) şi mediu şi comportamentul motor al subiectului. Tulburările disociative includ: depersonalizarea şi derealizarea, amnezia disociativă, fuga disociativă, stuporul disociativ.
DISOCIAŢIE (DEZORGANIZARE) IDEO-VERBALĂ : incoerenţă atât în plan ideativ cât şi verbal (subiectul sare de la o idee la alta fără să poată explica logic legătura dintre idei)
DISPOZIŢIA DELIRANTĂ: dispoziţie afectivă anxioasă ce precede instalarea unui delir (şi atunci este secundară perceperii unor modificări stranii ale mediului sau propriului corp) .
ECHOPRAXIE, ECHOLALIE, ECHOMIMIE: imitarea gesturilor, a cuvintelor şi a mimicii altor persoane.
EGODISTONIE şi EGOSINTONIE: sentiment de nemulţumire respectiv de mulţumire cu sine însuşi.
FLEXIBILITATE CEROASĂ: menţinerea timp îndelungat a unei poziţii imprimate pasiv. Se asociază cu hipertonia (rigiditatea)
FOBIE: frică patologică cu obiect, percepută de subiect ca fiind iraţională şi însoţită de un comportament de evitare a obiectului fobogen sau de securizare.
FUGA DE IDEI: vorbire aparent incoerentă secundară imposibilităţii de a vorbi în ritmul (alert) în care subiectul gândeşte.
HALUCINAŢIILE: percepţii fără obiect, proiectate în afara corpului şi necriticate de subiect.

HIPEREMOTIVITATE: reacţie afectivă disproporţionată faţă de intensitatea stimulului.
HIPOPROSEXIE de concentrare: scăderea capacităţii de concentrare a atenţiei
ILUZIILE: percepţii cu obiect dar cu distorsionarea acestuia în ceea ce priveşte forma, mărimea, relaţia figură/fond putând genera o falsă identificare a obiectului. Sunt criticate de subiect.
INCONGRUENŢĂ (DISCORDANŢĂ) AFECTIVĂ: reacţii afective paradoxale, incongruente cu natura stimulului (bucurie după o veste tristă, tristeţe după o veste bună)
INVERSIUNE AFECTIVĂ : transformarea nejustificată a sentimentelor de afecţiune faţă de o persoană familiară subiectului în sentimente de ură pentru această persoană.
IRITABILITATEA : susceptibilitatea la reacţii explozive, disproporţionate faţă de intensitatea stimulului pe fondul unui calm aparent
LABILITATEA AFECTIVĂ : trecerea bruscă de la o trăire afectivă la o trăire afectivă contrară celei anterioare.
MANIE : dispoziţie afectivă caracterizată prin veselie patologică ca intensitate, durată, mod de apariţie şi reactivitate.
MANIERISMELE : expresivitate mimico-gestuală exagerată şi care şi-a pierdut semnificaţia funcţională (mimică şi gesturi făcute fără sens)
MITOMANIA : evocarea unor amintiri adevărate la care subiectul adaugă involuntar detalii fictive produse de imaginaţia sa făcând expunerea mai spectaculoasă (iluzia de memorie)
NEGATIVISM: pasiv (subiectul nu răspunde la un salut sau nu execută o comandă) şi activ (subiectul face contrariul comenzii)
OBNUBILARE : denivelare a câmpului actual de conştiinţă în sensul reducerii vigilităţii, asociată cu o încetinire a funcţiilor psihice şi lipsă de claritate în gândire.
PERCEPŢII DELIRANTE: interpretarea delirantă a unei percepţii reale
PERSEVERARE: repetarea fără sens a unor cuvinte sau gesturi iniţial adecvate.
RUMINAŢII: tendinţa de a se gândi îndelungat, repetitiv şi uneori steril la anumite evenimente sau idei (religioase, metafizice etc.)
STEREOTIPIILE : repetarea fără sens a unor cuvinte sau mişcări
SALATĂ DE CUVINTE : grad maxim de disociere ideo-verbală în care se pierde chiar structura gramaticală a propoziţiei
VERBIGERAŢIE (PALILALIE): repetarea fără sens a unor sunete sau cuvinte
SOLILOCVIA : vorbirea de unul singur

STUPOR: lipsa totală sau aproape totală a mişcărilor spontane ale pacientului şi reducerea marcată a reacţiilor faţă de mediul înconjurator.
TRĂIREA OBSESIVĂ : se referă la idei, imagini, îndoieli, tendinţe spre acte (absurde, inacceptabile, auto- sau heteroagresive), ruminaţii, ce se impun minţii subiectului în mod repetat şi persistent, producând suferinţă prin parazitarea gândirii. Subiectul recunoaşte că obsesiile sunt patologice.

II.2. SINDROAME IMPORTANTE ÎN PSIHIATRIE

DEFINIȚIE: sindromul este format din semne şi simptome care se asociază frecvent având un substrat funcțional comun şi o coerență internă
ATENȚIE: sindromul nu reprezintă un diagnostic de boală deoarece poate avea mai multe etiologii, iar într-un episod de boală se pot întâlni mai multe sindroame

1. Sd. conversiv şi disociativ
2. Sd. atacului de panică
3. Sd. anxietății generalizate
4. Sd. fobic
5. Sd. obsesiv-compulsiv
6. Sd. depresiv
7. Sd. maniacal
8. Sd. halucinator
9. Sd. delirant
10. Sd. de transparență-influență
11. Macrosindroame în schizofrenie: productiv, deficitar, de dezorganizare, cataton
12. Sd. de delirium
13. Sd. demențial

<u>OBIECTIVE DIDACTICE:</u>

1. ÎNȚELEGEREA ŞI ÎNSUŞIREA CONCEPTULUI DE SINDROM

2. ÎNSUŞIREA PRINCIPALELOR SINDROAME PSIHIATRICE

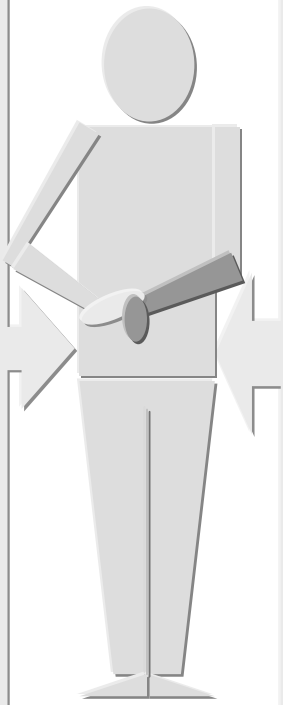
3. SEMNIFICAȚIA PRINCIPALELOR SINDROAME PSIHIATRICE

SINDROAMELE CONVERSIV ŞI DISOCIATIV

SINDROMUL DE CONVERSIE SOMATICĂ A SUFERINȚEI PSIHICE

acuze neurologice fără substrat organic:

hipo/anestezie în mănuşă sau şosetă care nu respectă dermatoamele, cecitate sau vedere ca prin tunel, sau diplopie, afonie,
paralizie cu reflexele nemodificate,
criză pseudoepileptică,
tulburări de echilibru,
tremor generalizat



SINDROMUL DISOCIATIV AL STĂRII DE CONŞTIINȚĂ

! Nu are nici o legătură cu disociația ideo-verbală din schizofrenie

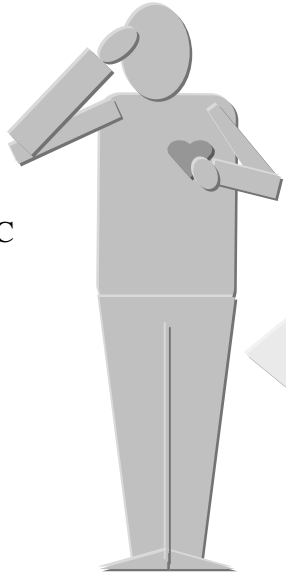
amnezie disociativă globală sau parțială (selectivă pentru evenimentele, neplăcute)

stare crepusculară cu comportament automat manifestat prin fugă psihogenă şi amnezia episodului (datorită îngustării câmpului actual de conştiință)

Aceste sindroame se însoțesc adesea de:

- Discrepanță evidentă față de boala organică
- Teren predispozant : personalitate histrionică (sugestionabilitate crescută)
- Toleranță paradoxală (la belle indiference) deoarece suferința psihică se converteşte în suferința corpului (beneficiul primar)
- Context de apariție special: în prezența unei terțe persoane (beneficiul secundar), după conflicte /frustrări

SINDROMUL ATACULUI DE PANICĂ



NIVEL PSIHIC

Frica de moarte iminentă
Frica de a înnebuni
Derealizare
Depersonalizare

SOMATIC

Tahicardie
Dispnee
Uscăciunea gurii
Nod în gât
Disconfort abdominal
Senzație de leşin
Parestezii
Transpirații
Tremor
Valuri de frig sau de căldură

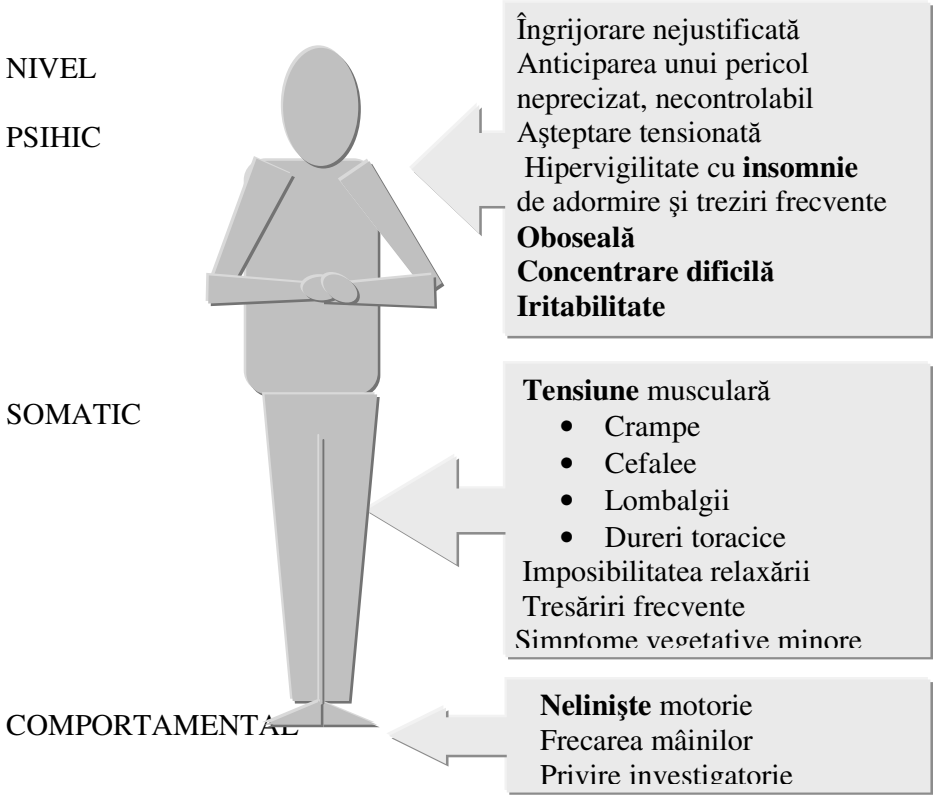
COMPORTAMENTAL

Agitație
sau
Inhibiție

Atacurile de panică se întâlnesc în :

TULBURAREA DE PANICĂ	FOBII
atacuri de panică imprevizibile	atacuri de panică în cazul expunerii la obiectul sau situațiile fobogene
recurente > 4/ lună	conduită de evitare sau securizare
frica de noi atacuri sau de implicațiile acestora	anxietate anticipatorie în cazul în care situația fobogenă nu poate fi evitată

SINDROMUL ANXIETĂȚII GENERALIZATE

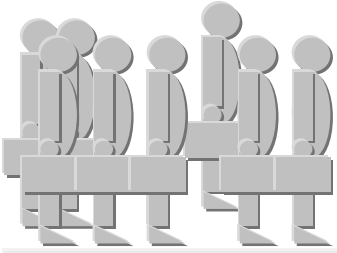


Se întâlneşte în tulburarea anxietății generalizate când:
sindromul are o DURATĂ de peste 6 luni
ÎNGRIJORAREA nu are ca obiect:

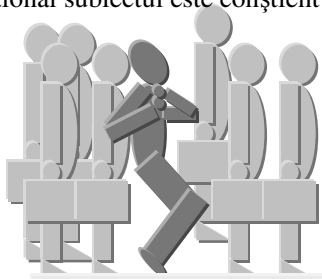
- apariția unui nou atac de panică (tulburarea de panică)
- teama de a se simți stânjenit în public (fobia socială)
- contaminarea (tulburarea obsesiv-compulsivă)
- separarea de casă sau rudele apropiate (anxietatea de separare)
- creşterea ponderală (anorexia nervoasă)
- multiplele acuze corporale (tulburarea de somatizare)
- boală gravă (hipocondrie)

SINDROMUL FOBIC

FOBIA = frică patologică cu obiect (exagerată în raport cu gradul de periculozitate al obiectului), de al cărei caracter irațional subiectul este conştient



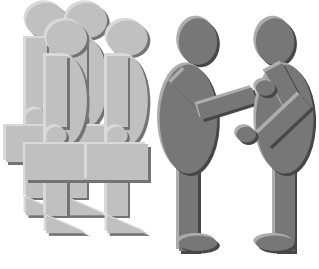
Prezența OBIECTULUI / SITUAȚIEI FOBOGENE
ex: aglomerația



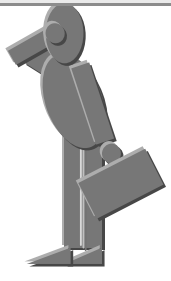
ATAC DE PANICĂ situațional (la întâlnirea cu obiectul / situația fobogenă)

SINDROMUL FOBIC

CONDUITĂ DE EVITARE a obiectului /situației fobogene sau CONDUITĂ DE SECURIZARE (însoțitor)



ANXIETATE ANTICIPATORIE atunci când obiectul / situația fobogenă nu poate fi evitată



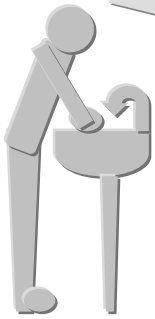
OBSESIILE sunt trăiri de tipul
- îndoieli
- gânduri
- ruminații
- impulsiuni
- fobii

cu conținut:
- contaminare
- ordine, simetrie, precizie
- sexual
- agresiv
- religios

şi caracter:
- penetrant
- persistent
- RECURENT

Impulsiunile obsesive sunt tendințe la acte în general absurde, blasfemiatoare, auto- sau heteroagresive, dar pe care subiectul nu le pune niciodată în practică dar se teme că nu va rezista să nu le pună în practică

asediază mintea



- **aparțin** subiectului (nu sunt introduse în cap de la distanță ca în sd de transparență-influență
- considerate **absurde** (spre deosebire de ideile delirante)
- resimțite **neplăcut** (deoarece au caracter PARAZITANT)

luptă

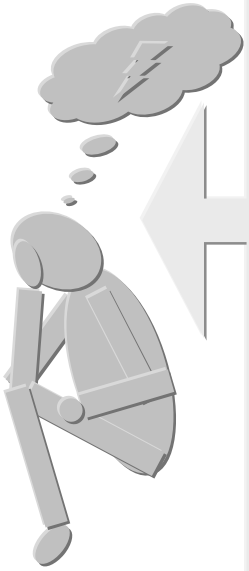
Dacă subiectul încearcă să facă abstracție de obsesii şi să se abțină de la actul compulsiv apare o stare de ANXIETATE intensă

COMPULSII (ritualuri) sunt - acte fizice sau mentale
+
îndoială
cu conținut:
+
- spălare
- verificare
lentoare
- colecționare
- evitare
- numărare

şi *caracter*:
- excesiv
- repetitiv
- stereotip

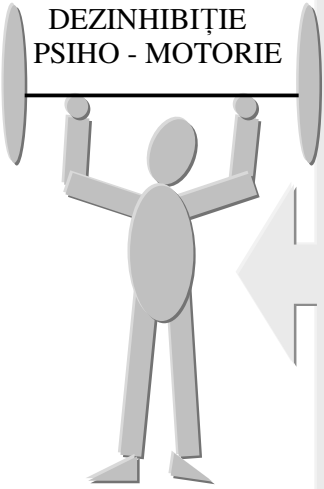
Compulsiile reprezintă <u>uneori</u> o strategie de luptă împotriva obsesiilor, reducând anxietatea generată de obsesii, dar nu pentru multă vreme, deoarece apare îndoiala efectuării corecte a ritualului mai ales în cazul actelor automate care nu sunt conştientizate şi pot fi uşor uitate

SINDROMUL DEPRESIV



INHIBIȚIE
PSIHO-MOTORIE

NIVEL INSTINCTIV
Izolare socială
Inapetență cu scădere ponderală
Apetit sexual diminuat
Diminuarea instinctului matern
Ideație suicidară
NIVEL AFECTIV
tristețe patologică
iritabilitate (+/-)
anxietate (+/-)
NIVEL COGNITIV
Atenție: concentrarea atenției pe trecutul dureros
Percepție: percepție estompată
Memorie: fixarea şi evocarea evenimentelor triste
Gândire: lentă, ideație cu conținut trist , pesimist
delir de vinovăție, de inutilitate, de incapacitate,
delir hipocondriac (cancer, sifilis SIDA),
delir Cotard (negare, imortalitate, enormitate)
NIVEL VOLIȚIONAL
deliberare îndelungată
demarare dificilă în act
ASPECT neglijență vestimentară, culori închise
VORBIREA
bradilalică, laconică, cu latență în răspunsuri, şoptită
EXPRESIVITATEA MIMICO- GESTUALĂ
Facies depresiv, postură depresivă,
HIPOKINEZIE până la stupor
COMPORTAMENT
Inhibat
SOMNUL
insomnie de trezire (ora 3-4 dimineața), coşmaruri cu conținut morbid (morți, cimitire)



NIVEL INSTINCTIV
Sociabilitate crescută
bulimie
hipererotism
NIVEL AFECTIV
bună dispoziție patologică
iritabilitate (+/-)
NIVEL COGNITIV
Atenție: dispersă şi mobilă
Percepție vie, pregnantă
Memorie: fixare dificilă, evocare uşoară
Gândire: flux ideativ accelerat până la fugă de idei, ideație cu conținut optimist, delir megaloman (personalitate ilustră, filiație ilustră, omnipotență, omniscienţă), de bogăție, delir mesianic, de reformă socială
NIVEL VOLIȚIONAL
deliberare pripită
lipsa perseverenței în act
ASPECT extravagant cu fardare, podoabe în exces,culori vii
VORBIREA
tahilalie, logoree, exprimare telegrafică aparent incoerentă (în cazul fugii de idei), pe ton ridicat
EXPRESIVITATEA MIMICO-GESTUALĂ
hiperexpresivitate mimico – gestuală
HIPERKINEZIE până la agitație
COMPORTAMENT
expansiv, decenzurat
SOMNUL
insomnie de adormire şi de trezire (mixtă)

SINDROMUL HALUCINATOR

PERCEPȚIE FĂRĂ OBIECT
(nu există obiectul perceput)

ABSENȚA CRITICII (cu toate acestea, subiectul e convins că obiectul există / (**HALUCINAȚIE**)
PREZENȚA CRITICII (**HALUCINOZĂ**)

PROIECȚIA SPAȚIALĂ în raport cu corpul pacientului
În exterior – **HALUCINAȚIE**
În interior - **PSEUDOHALUCINAȚIE**

INTERPRETAREA DIAGNOSTICĂ A HALUCINAȚIILOR

AUDITIVE
Schizofrenie
Comentative
Imperative (grave)
Epilepsie

OLFACTIVE
GUSTATIVE
Epilepsie (crize uncinate)
Psihoze (cu delir de otrăvire secundar)

VIZUALE ŞI TACTILE
cauză organică sau sevraj/ intoxicație (alcool/cocaină)
- delirium tremens

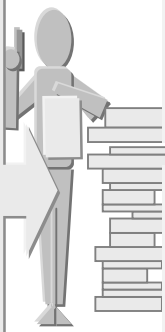
NEPATOLOGICE
la adormire = **hipnagogice**
la trezire = **hipnopompice**
durează câteva secunde

COMPORTAMENT HALUCINATOR

Pacientul discută cu halucinațiile auditive sau întoarce capul în direcția de unde aude vocile
Pacientul priveşte îngrozit halucinațiile vizuale (uneori scenice asemănătoare visului – onirice) şi poate participa la cele scenice
Pacientul se apără înfricoşat de halucinațiile zoomorfe (muşte, gâze şobolani) care îl atacă sau pe care le simte sub piele (se scarpină, se curăță)

SINDROMUL DELIRANT

DELIRUL:
convingere absolută (care nu poate fi combătută cu argumente logice şi nu cedează nici în faţa evidenţei) într-o idee falsă, *ce survine pe un câmp de conştiinţă clar (dg diferenţial cu delirium) şi trebuie interpretat în funcţie de tradiţiile în care a crescut subiectul*



TRĂIRILE DELIRANTE
- DELIRUL
- DISPOZIŢIA DELIRANTĂ
- PERCEPŢIA DELIRANTĂ
- AMINTIREA DELIRANTĂ

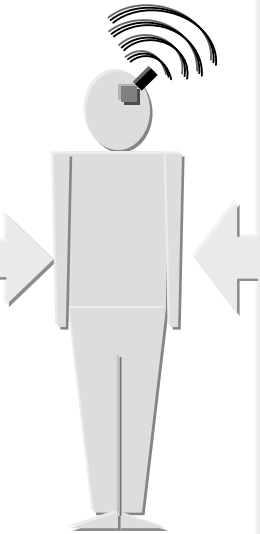
Delirul SISTEMATIZAT:
temele delirante se leagă într-un sistem delirant coerent (paranoia)
Delirul NESISTEMATIZAT
temele delirante nu se leagă logic între ele (schizofrenie)

DELIRUL DIN PARANOIA - Delir de prejudiciu material (malpraxis, moştenire, pensie) - Delir megaloman, de invenţie - Delir de persecuţie - Delir de relaţie (referinţă): totul are legătură cu persoana în cauză (ştiri radio TV presă) - Delir erotoman - Delir de gelozie	DELIRUL ÎN SCHIZOFRENIE - Delirul paranoid (tematică de persecuţie, otrăvire, urmărire) - Delir de influenţă xenopatică (sd de transparenţă/influenţă sau automatismul mental) - Delir mistic - Delir de posesiune demonică - Delir de grandoare
TEMELE DELIRULUI MANIACAL (delir megaloman) - Personalitate ilustră - Filiaţie ilustră - Omnipotenţă, omniscienţă - Bogăţie - Reformă socială, religioasă	TEMELE DELIRULUI DEPRESIV - Autodepreciere (inutilitate, incapacitate) - Vinovăţie - Ruină materială - Boală gravă sau ruşinoasă (delirul hipocondriac) - Negaţie, imortalitate, enormitate (triada Cotard)

SINDROMUL DE TRANSPARENȚĂ – INFLUENȚĂ
(AUTOMATISMUL MENTAL)

INFLUENȚA:
Se exercită în planul
- gândirii
- comportamentului
exemple:

- furtul gândurilor
- inserția gândurilor
- impunerea de la distanță a unor gânduri sau acte pe care pacientul le consideră străine (influență xenopatică) şi de care se desolidarizează



TRANSPARENȚA GÂNDIRII :

- Citirea gândurilor persoanei în cauză
- Sonorizarea gândirii
- Transmiterea la distanță a gândurilor

Trăirea este de tip egodiston cu sentimentul neplăcut al pierderii intimității vieții psihice

ATENȚIE !!!
Trăirea este de tip egodiston (e resimțită neplăcut) şi pasiv (pacientul este subiectul influenței şi nu autorul ei)

Trebuie diferențiate actele impuse (controlul comportamentului – delir de control) de executarea ordinelor primite pe calea halucinațiilor auditive imperative (în cazul halucinațiilor imperative pacientul execută ordinul dat de voci). În acest sens ÎNTOTDEAUNA SE VA ÎNTREBA DESPRE MECANISMUL PRIN CARE SE PRODUCE INFLUENȚA:
- vrăji, descântece (mai ales în mediul rural)
- telepatie, biocurenți
- unde electromagnetice sau dispozitive electronice (radio, TV, computere, cip-uri implantate) mai ales în mediul urban

MACROSINDROAME ÎN SCHIZOFRENIE

SINDROMUL PRODUCTIV

Sindrom halucinator
Sindrom delirant
Sindrom de transparență - influență

SINDROMUL DE DEZORGANIZARE

Disociație ideo-verbală
Comportament bizar,
Ambivalență,
Incongruență afectivă

SINDROM CATATON

Hipertonie cu flexibilitate ceroasă
Stereotipie
Sugestionabilitate
Negativism
Inhibiție sau agitație psihomotorie

SINDROM DEFICITAR

Retragere socială
Neglijarea igienei
personale şi vestimentare
Tocire / aplatizare afectivă
Alogie, Abulie

SINDROMUL DE DELIRIUM (CONFUZIONAL)

CARACTERISTICI
- debut acut
- evoluție scurtă (dg.≠demența)
- intensitate fluctuantă
- inversarea ritmului somn- veghe
- tulb. de atenție cu amnezie secundară (dg. ≠demența)

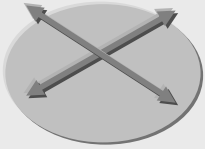
SIMPTOME SOMATICE
SEMNELE VEGETATIVE DE SEVRAJ
SIMPTOME DE INTOXICAȚIE
SEMNE DE FOCAR
SD. MENINGIAN SAU CEFALEE
FEBRĂ
ASTERIXIS

INVESTIGAȚII PARACLINICE

SIMPTOME PSIHICE

TULBURAREA CONŞTIINȚEI DE SINE ŞI MEDIU + TULBURAREA VIGILITĂȚII

DEZORIENTARE
TIMP PERSOANĂ



SPAȚIU SITUAȚIE

Anxietate cu nelinişte motorie vizuale,tactile +/-halucinații sau

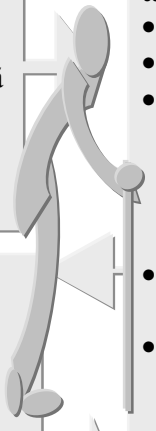
Obnubilare cu inhibiție motorie

SD. ORGANIC ACUT = DELIRIUM = STARE CONFUZIONALĂ

AFECTIV
- depresie
- anxietate
- iritabilitate
- labilitate emoțională
- reacție catastrofică
- tocire afectivă

COMPORTAMENT
- indiferent față de examinator
- absurd
- nelinişte nocturnă
- dezinhibiție

VORBIRE
- echolalie
- perseverări, stereotipii
- verbigerație
- mutism



COGNITIV : manifestări progresiv ireversibile ce domină tabloul clinic
- atenția: scade concentrarea
- percepția: +/- iluzii, halucinații
- memoria: inițial amnezie de fixare (e afectată achiziționarea de informații noi), apoi amnezie de evocare, sindrom Korsakov
- dezorientare temporo-spațială apoi auto/ allopsihică
- gândirea:
  - lentă
  - restrictivă
  - concretă
  - incoerentă
  - delir de prejudiciu (secundar tulburărilor mnestice) cu ostilitate îndreptată împotriva membrilor de familie sau vecinilor

Demența Alzheimer:
Initial amnezie de fixare, apoi de evocare
„Sd. celor 3 A”: afazie, agnozie, apraxie; anosognozie În final caşexie, incontinență sfincteriană

Demența vasculară
Deficit cognitiv în diferite sectoare, cu debut acut(precedat de accident vascular cerebral), evoluție fluctuantă şi agravare în trepte
Semne neurologice de focar: sindrom piramidal, pseudobulbar, extrapiramidal, Conştiința deficitului cognitiv păstrată cu reacție catastrofică = plâns la conştientizarea sa)

Demența prefrontală (Pick)
Fond de apatie, abulie
peste care se suprapun bufee de iritabilitate sau euforie
dezinhibiție în plan instinctual (alimentar, sexual) şi comportamental, anosognozie

ÎNTREBĂRI:

1. Care din următoarele situații defineşte o trăire obsesivă:

a) tânără de 18 ani preocupată de excesul ponderal, recurge la provocarea de vărsături, la laxative sau diuretice.

b) Student în anul I la filologie preocupat de gânduri care îi sunt impuse împotriva voinței sale de forțe exterioare malefice

c) Călugăriță de 30 de ani chinuită de tendințe blasfemiatoare în timpul slujbelor la care participă

d) Jucător pasionat de pocker de 39 de ani, preocupat de problemele financiare pe care le are în urma unor înfrângeri repetate

e) Bărbat de 32 ani preocupat de ideea de a da foc pădurii de la marginea oraşului pentru a trăi pe viu spectacolul unui incendiu

2. Un pacient psihotic, care tocmai a spart o farfurie este întrebat de ce a făcut acest lucru. Răspunde că nu el a vrut să spargă farfuria dar Mihai ia spus să o spargă. Acesta din urmă este un personaj imaginar cu care vorbeşte adesea pacientul. Comportamentul pacientului se datorează:

a) sindromului de transparență-influență

b) sindrom obsesiv-compulsiv

c) sindrom halucinator cu halucinații imperative

d) sindrom delirant paranoid

e) sindrom maniacal cu agitație psihomotorie

3. Sunteți chemat să consultați un pacient care nu mişcă şi nu vorbeşte. La ridicarea mânii sale constatați hipertonia şi păstrarea mâinii în poziție ridicată. Comportamentul pacientului se datorează unui sindrom de tip:

a) comatos produs de hiperglicemie

b) stupor melancolic

c) comatos produs de hipoglicemie

d) stupor cataton

e) mutism selectiv

II.3. DIAGNOSTICUL ÎN PSIHIATRIE

CUPRINS:

- DEMERSUL DIAGNOSTIC
- CRITERII DE DIAGNOSTIC
- CRITERII DE SEVERITATE A SIMPTOMATOLOGIEI
- CĂUTAREA FACTORILOR VULNERABILIZANȚI ŞI PROTECTIVI (FORMULAREA MUTIAXIALĂ A DIAGNOSTICULUI)

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ÎNSUŞIREA CRITERIILOR DE DIAGNOSTIC ÎN PSIHIATRIE

2. ÎNSUŞIREA DEMERSULUI DIAGNOSTIC ÎN PRACTICA CLINICĂ

3. FORMULAREA UNUI DIAGNOSTIC PE AXE ÎN PSIHIATRIE

CRITERIILE DE DIAGNOSTIC

TABLOUL CLINIC

Un număr minim de simptome dintr-o listă de mai multe simptome

fie DURATA
- episodului (schizofrenie >6 luni)
- simptomelor (obsesia > 1 oră)

fie FRECVENȚA (tulburarea de panică: > 4 atacuri de panică pe lună)

TULBURARE PSIHICĂ

INTENSITATEA SIMPTOMATOLOGIEI

Afectarea funcționării individului în
- familie
- societate
- loc de muncă / şcoală

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

Excluderea
- altor boli psihice
- bolilor organice
- consumului de medicamente sau droguri
- simulării premeditate

DEMERSUL DIAGNOSTIC

			BOALĂ Noțiunea implică: **Vulnerabilitate** **Debut** **Istoric** **Evoluție** **Complicații** **Prognostic** **Tratament**
		EPISOD Noțiunea implică: **Unul sau mai multe sindroame** **Debut** **Intensitate** **Durată** **Tratament**	
	SINDROM Noțiunea implică: **Simptome ce se asociază având un substrat funcțional comun şi o coerență internă**		
SIMPTOME			

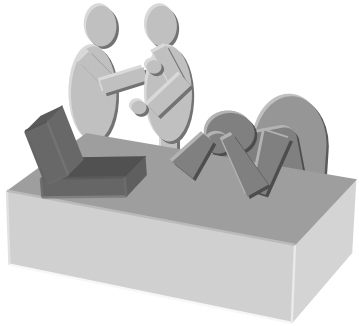
Dacă acesta este demersul diagnostic în practica clinică, utilizarea examenului psihic pe nivele funcționale oferă următoarele avantaje:

- oferă un algoritm de căutare a simptomelor ce nu permite omisiuni, ceea ce este foarte important în cazul existenței COMORBIDITĂȚII
- oferă o ordonare logică în formularea scrisă sau orală a examenului psihic

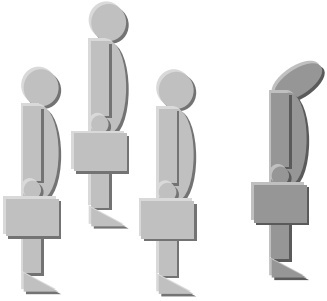
				SPIRITUAL VALORIC
NIVEL			VOLITIV	
		COGNITIV – INTELECTIV		
	AFECTIV			
INSTINCTIV				

CRITERII DE SEVERITATE A SIMPTOMATOLOGIEI

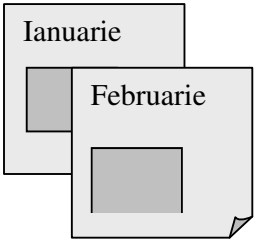
Afectarea funcționării în familie



Afectarea funcționării la locul de muncă



Afectarea funcționării în societate



Durata de la debutul simptomatologiei

Multe simptome în psihiatrie au un echivalent în normalitate de ex. depresia are echivalent în normalitate tristețea. Depresia este o tulburare a dispoziției afective caracterizată prin tristețe patologică. Caracterul patologic este dat de

Intensitate mare

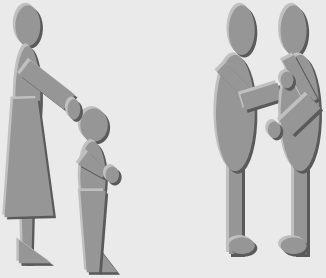
Durată mare

Mod de apariție: absența factorilor declanşatori

Reactivitate : lipsa de reactivitate

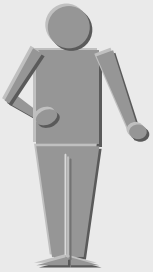
FACTOR DE PROTECȚIE
REȚEAUA DE SUPORT SOCIAL

FAMILIA ŞI / SAU PRIETENII

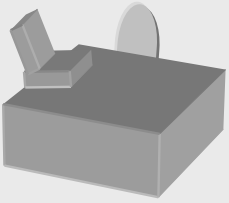


VULNERABILITATEA DE FOND

- PERSONALITATEA
- ANTECEDENTELE PATOLOGICE PERSONALE ŞI HEREDOCOLATERALE



VULNERABILITATEA DE MOMENT (CIRCUMSTANȚIALĂ)



situația locativă
situația familială
situația profesională
vârsta

FORMULAREA MULTIAXIALĂ A DIAGNOSTICULUI (DUPĂ DSM)

Contabilizarea factorilor de vulnerabilitate este folosită în formularea diagnosticului psihiatric pe mai multe axe:

AXA I	TULBURĂRILE CLINICE PSIHOPATOLOGICE
AXA II	TULBURĂRI DE PERSONALITATE RETARD MENTAL
AXA III	BOLI SOMATICE ASOCIATE cu sau fără legătură cu tulburarea psihică
AXA IV	FACTORI DE STRES PSIHO-SOCIALI ŞI DE MEDIU (psihotraume, evenimente stressante de viață, conflicte, frustrări, rețea de suport social ineficientă)
AXA V	EVALUAREA GLOBALĂ A FUNCȚIONĂRII (SCOR GAF)

EXEMPLU:
I. TULBURARE DEPRESIVĂ RECURENTĂ
II. TULBURARE DE PERSONALITATE DE TIP OBSESIV-COMPULSIV (ANANKAST)
III. ANGINĂ PECTORALĂ
IV. PROBLEME LA LOCUL DE MUNCĂ
V. SCOR GAF 10 (TENTATIVĂ SUICIDARĂ EŞUATĂ)

ÎNTREBĂRI:

1. La cabinetul unui medic de familie se prezintă o femeie în vârstă de 30 de ani care acuză insomnie de adormire. Medicul îi prescrie un hipnotic şi îi programează următoarea vizită. Atitudinea medicului este:

a) corectă, pacientei prescriindu-se un tratament adecvat simptomului pentru care pacienta a apelat la medic
b) incorectă deoarece medicul trebuia să o întrebe pe pacientă dacă nu cumva lucrează în ture sau mai ia şi altă medicaţie.
c) Corectă deoarece medicul trebuie să vadă un număr mare de pacienţi şi nu are timpul fizic de a intra în amănunte atunci când nu este confruntat cu o boală organică sau cu o urgenţă.
d) Incorectă deoarece medicul trebuia să investigheze un posibil sindrom anxios
e) Incorectă deoarece medicul trebuia să investigheze o posibilă cauză organică (tuse rebelă produsă de o afecţiune pulmonară)

2. La consultaţie este adus de familie un tânăr de 20 de ani care în ultimele săptămâni a început să cheltuiască exagerat. Iniţial se împrumuta de la colegi sau rude dar acum, părinţii îl acuză că a început să fure din casă bani. Părinţii au remarcat că fiul lor a început să consume mai frecvent alcool Tânărul este bine dispus, se mişcă mult. În ultimul timp părinţii au observat că a slăbit mult şi are insomnii. Are multă energie şi randament şcolar bun dar colegii se plâng că în ultima vreme este anxios, se fereşte de ei şi crede că e urmărit de poliţie. În plus, relaţiile cu părinţii sunt demult tensionate, tânărul având inversiune afectivă faţă de aceştia.

a) Tânărul vine cu sindrom maniacal cu delir incongruent şi are tulburare afectivă bipolară şi va primi tratament neuroleptic
b) Tânărul vine cu un sindrom maniacal şi un sindrom paranoid şi are o tulburare schizo-maniacală şi va primi tratament neuroleptic
c) Tânărul este consumator de droguri stimulante (cocaină sau amfetamine) pe care le asociază cu alcoolul şi trebuie adresat unui centru DETOX.
d) Tânărul nu are nici o tulburare psihică sau somatică ci vrea să se răzbune pe părinţii pe care îi descrie ca fiind reci afectiv şi neimplicaţi
e) Tânărul vine cu un sindrom paranoid (delir de urmărire şi anxietate secundară) pe care încearcă să-l „trateze” cu alcool şi este posibil să facă un debut de schizofrenie

II.4. NOSOLOGIA PSIHIATRICĂ

1. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ŞI SCHEMA NOSOLOGICĂ ÎN PSIHIATRIE
2. TULBURĂRILE ANXIOS – FOBICE
    a. TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE = TAG
    b. TULBURAREA DE PANICĂ = TP
    c. AGORAFOBIA
    d. FOBIA SOCIALĂ
    e. FOBIILE SIMPLE
3. TULBURĂRILE CONVERSIVĂ, DISOCIATIVĂ ŞI DE SOMATIZARE
4. TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ
5. TULBURĂRILE AFECTIVE PERIODICE
    a. TULBURAREA DEPRESIVĂ RECURENTĂ = TDR
    b. TULBURAREA AFECTIVĂ BIPOLARĂ = TAB
6. SCHIZOFRENIA
7. TULBURĂRI LE DE PERSONALITATE
8. ALCOOLISMUL
9. DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)
10. DEMENȚELE

<u>OBIECTIVE DIDACTICE:</u>

1. ÎNSUŞIREA UNOR NOȚIUNI FUNDAMENTALE LEGATE DE TULBURĂRILE PSIHICE

2. EXEMPLIFICAREA PATOLOGIEI PSIHIATRIC PRIN CAZURI ROBOT

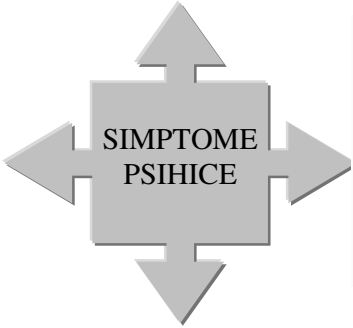
3. ÎNȚELEGEREA CAZURILOR PSIHIATRICE DIN PERSPECTIVA PSIHOPATOLOGICĂ

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ŞI SCHEMA NOSOLOGICĂ ÎN PSIHIATRIE

SIMULARE PREMEDITATĂ PENTRU OBȚINEREA UNUI BENEFICIU SECUNDAR

INTOXICAȚIE SAU SEVRAJ

DROGURI
MEDICAMENTE
SUBSTANȚE TOXICE



BOLI ORGANICE CARE DETERMINĂ SIMPTOME PSIHICE

TULBURĂRI PSIHICE

REACȚII PSIHOPATOL.	NEVROZE	PSIHOZE	TULBURĂRI DE PERSONALITATE
<u>acute:</u> stupor emoțional fuga patologică leşinul isteric criza explozivă <u>subacute</u>: rc. anxios-paranoidă rc. de doliu rc. Ganser rc. de stres posttraumatic <u>prelungite</u> tulburarea de adaptare	n. depresivă n. anxioasă - tulburarea de panică - tulburarea anxietății generalizate n. fobică n. obsesiv-compulsivă n. isterică n. astenică	tulb. afectivă bipolară tulb. depresivă recurentă schizofrenia tulburarea schizo-afectivă tulburarea psihotică scurtă tulb.delirante persistente - paranoia -parafrenia -delirul indus	schizoidă paranoidă histrionică instabilă emoțional antisocială perfecționistă (anankastă) dependentă anxios-evitantă

TULBURĂRILE ANXIOS – FOBICE:
TULBURAREA ANXIETĂȚII GENERALIZATE, TULBURAREA DE PANICĂ, AGORAFOBIA, FOBIA SOCIALĂ, FOBIILE SIMPLE

Datele personale Sex: Femei > bărbați Vârstă medie de debut: 20 ani TAG, 25 ani TP Domiciliu actual Loc de naştere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă	**Motivele internării** - insomnie de adormire - atacuri de panică - frica de a mai ieşi din casă Urgență: da în caz de atac de panică Singur / adus
Antecedente heredo-colaterale Psihiatrice: TAG: factor genetic important TP: factor genetic slab Nepsihiatrice	**Familia de origine** - mamă hiperprotectoare - uneori atmosferă familială încordată cu certuri între părinți la care asistă copilul
Antecedente personale **Ciclu instructiv-profesional**	**Familia proprie**
Condiții de viață: consum secundar de alcool pentru a prinde curaj, consumul de cafea accentuează simptomele anxioase **Condiții de muncă** **Rețea de suport**: în cazul indivizilor agorafobici, care refuză să mai iasă din casă, apare dependența de membrii anturajului imediat	**Personalitatea premorbidă** Perfecționistă (anankastă) Psihastenă Anxios evitantă - nesiguranță de sine, sentiment de inferioritate - evitarea relațiilor sociale noi datorită fricii de critică sau rejecție

Istoricul bolii (episoadele anterioare)

Copilărie: +/- anxietate de separare, +/- fobie şcolară
Frică de a dormi singur în pat (copilul doarme cu unul din părinţi)
Frică de a dormi singur în cameră sau cu uşa închisă
Frică de întuneric (lumină aprinsă peste noapte)- fobii simple

Adolescenţă: +/- fobie socială

Adult tânăr: atacuri de panică imprevizibile care duc la comportament de evitare a din ce în ce mai multor situaţii sau locuri până se dezvoltă agorafobia. Există însă şi agorafobie fără istoric de atacuri de panică

Adult: episoade de anxietate generalizată cu sau fără atacuri de panică,
+/- idei hipocondriace
+/- depresie
+/- alcoolism secundar

Episodul actual	diagnostice:	Tulburarea anxietăţii generalizate
	posibile	Tulburarea de panică Agorafobie, Fobie socială, Fobii simple

Debut	Tablou clinic	Tratament
Fobii simple: la şcoală Fobia socială: 15- 20 ani TAG: ~20 ani TP: ~25 ani Agorafobie: 15 –35 ani	<u>Sd. anxietăţii generalizate</u>: insomnie de adormire, griji nejustificate, oboseală, tensiune musculară, iritabilitate, nelinişte psihomotorie, concentrare dificilă <u>Sd. atacului de panică</u>: frică de moarte iminentă, tahicardie, transpiraţii, dispnee, nod în gât, tremurături, senzaţie de leşin <u>Sd. fobic</u>: obiect fobogen, atac de panică, evitare/securizare	1. medicamentos - anxiolitice - antidepresive 2. psihoterapie - suportivă, tehnici de control al frecv. resp. (în TP) - de relaxare: training autogen, meloterapie (în caz de TAG) - comportamentală desensibilizare sistematică (fobii) - cognitivă

Caz P.S., 32 de ani, sex feminin

Consultă psihiatrul pentru oboseală marcată, iritabilitate, insomnie de adormire, îngrijorare nejustificată. Simptomele le are de câteva luni dar în ultima vreme nu mai poate lupta cu ele. Antecedentele personale patologice sunt nesemnificative.

Familia de origine: copil unic într-o familie legal constituită. Părinții au studii superioare se înțeleg bine între ei, sunt hiperprotectori şi au stimulat performanțele şcolare ale pacientei. Tatăl are cardiopatie ischemică.

Familia proprie: căsătorită de doi ani cu un coleg de serviciu. Soțul este cu 2 ani mai mare şi îşi doreşte copii. Soția pune pe primul plan însă cariera. În ultima vreme apar mici conflicte cu soțul care îi reproşează că a devenit extrem de iritabilă.

Ciclul instructiv-profesional: 12 clase (şcoală + liceu teoretic), facultatea de chimie, lucrează actualmente ca inginer chimist.

Tabloul clinic: pacienta acuză o stare de nelinişte mai ales seara: „atunci nu mai am stare şi mă plimb prin casă ca un leu în cuşcă”. Deseori seara simte o stare de frică intensă de foarte scurtă durată însoțită de palpitații, senzație de slăbiciune în membre şi lipsă de aer. A remarcat că în ultima vreme se enervează foarte uşor şi culpabilizează acest lucru. Adoarme cu dificultate trebuind să treacă cel puțin o oră până să poată adormi. Dacă în timpul zilei caută să aibă tot timpul o activitate, seara, în pat este asaltată de un val de griji în legătură cu viitorul pe care îl vede nesigur. Afirmă că de fapt „întotdeauna am trăit în viitor şi nu m-am bucurat niciodată de prezent”. Somnul este neodihnitor. Uneori are coşmaruri în care e urmărită şi nu reuşeşte să fugă suficient de repede ca în realitate, „parcă fug cu încetinitorul”. La locul de muncă, colegii îi reproşează că e crispată şi încruntată. Nu s-ar fi prezentat la psihiatru dacă simptomatologia nu s-ar fi agravat în ultimele săptămâni când s-au acumulat probleme la serviciu (perspectiva restructurării personalului) şi în familia de origine (tatăl a trebuit să fie internat în mai multe rânduri la cardiologie pentru crize prelungite de angină pectorală).

Personalitate premorbidă: pacienta se descrie ca fiind o persoană preocupată de ordine şi curățenie. Acasă, i s-a spus că bucătăria ei seamănă cu laborator. Nu are covoare cu franjuri pentru ca altfel ar fi obsedată să mături franjurii ori de câte ori sunt stricați. Nu suportă scamele. Este adepta lucrului bine făcut chiar dacă cere mai mult timp şi de multe ori pleacă mai târziu de la serviciu decât ceilalți colegi. Verifică ceea ce face atât ea cât şi personalul din subordinea sa. Nu-şi delegă cu uşurință responsabilitățile de serviciu decât acelor colegi pe care-i consideră la fel de serioşi ca ea.

Datele personale	**Motivele internării**
Sex: Femei > bărbaţi Vârstă de debut: sub 30 ani Domiciliu actual Loc de naştere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă	Tremor generalizat, cefalee sau oboseală rebelă, parestezii „ criză de spasmofilie” sindrom amnestic, fugă psihogenă acuze somatice multiple fără o cauză organică Urgenţă: da - frecvent adus de salvare Singur / adus –frecvent adus
Antecedentele heredo-colaterale	**Familia de origine**
Psihiatrice: Nepsihiatrice	Frecvent copilărie nefericită cu certuri între părinţi sau abuz fizic
Antecedentele personale **Ciclu instructiv-profesional**	**Familia proprie** Frecvent comportament manipulator, soţul sau copiii preluând toate sarcinile de gospodărie ce reveneau pacientei
Condiţii de viaţă: **Condiţii de muncă:** **Ocuparea timpului liber**: **Reţea de suport**: redusă datorită superficialităţii relaţiilor cu ceilalţi (capacitate redusă de transfer afectiv)	**Personalitatea premorbidă** Personalitate histrionică - egoism de tip captativ cu - nevoia de a fi iubit, admirat şi în centrul atenţiei - sugestionabilitate mare - sociabilitate, comportament hiperexpresiv şi manipulator - toleranţă redusă la frustrare

Istoricul bolii (Episoadele anterioare)

+/- tentative parasuicidare repetate: nu există dorința reală de muri, ci dorința de a impresiona anturajul, trecerea la act este de multe ori impulsivă chiar în fața persoanei cu care este în conflict, nu sunt alese mijloace sigure: supradoză de medicamente inofensive, crestarea pielii în dreptul venelor. Se iau precauții de a fi găsit în timp util sau se lasă la vedere flaconul de medicament utilizat.
+/- crize explozive isterice sau leşinuri isterice la frustrare sau conflicte internări repetate şi lungi la psihiatrie, pacientul insistând să fie tratat şi adoptând rolul de bolnav.

Episodul actual	Diagnostic: Tulburare conversivă Tulburare disociativă Tulburare de somatizare	
Debut Frecvent în urma unui conflict sau a unei frustrări. Simptomatologia este impresionantă pentru cei din anturaj frecvent fiind adus Salvarea Pacientul pare indiferent „la belle indifference” în raport cu intensitatea simptomatologiei şi se lasă în grija medicului	Tablou clinic <u>Sindrom de conversie somatică</u>: parestezii sau anestezie ce nu respectă dermatoamele, paralizii cu reflexele nemodificate, cecitate, crize pseudoepileptice <u>Sindrom disociativ</u>: amnezie globală sau selectivă, fugă psihogenă <u>Sindrom de somatizare</u>: acuze somatice multiple aparţinând mai multor organe şi sisteme: dureri, simptome digestive, neurologice, din sfera sexuală	Tratament 1. psihoterapie - centrată pe simptom (sugestia simplă sau armată) - de analiză a conflictului intrapsihic 2. tratament medicamentos în caz de comorbiditate psihiatrică

Caz A.M., 39 ani, sex feminin.

Este îndrumată la psihiatrie de către medicul O.R.L.-ist, unde a fost adusă de familie pentru că nu mai poate vorbi. Neconstatându-se simptome de suferință organică şi aflându-se că în ultimele zile a suferit o psihotraumă, este îndrumată la psihiatru, după un prealabil consult neurologic. La primul consult pacienta este îmbrăcată în culori vii, fardată intens, cu multe podoabe. Privirea este vie, prezintă în ambianță. În cadrul consultului, rezultă că înțelege tot ce i se spune; face semne din mâini şi din buze pentru a transmite faptul că nu poate să se exprime verbal. Nu se constată simptome care să exprime o suferință a aparatului fonator sau a S.N.C.

Datele obținute de la aparținători (soț) scot în evidența următoarele: a crescut într-o familie cu 5 copii, fiind cea mai mică dintre ei şi în mare măsură neglijată educativ de părinți. A îngrijit-o mai mult o bunică care i-a îndeplinit toate dorințele. Ca şi copil a ost vioaie, dornică de contact cu alții, de joacă. A prezentat enuresis. Era "capricioasă", voia să obțină tot ce dorea; în caz contrar plângea, făcea scandal, etc. în şcoală a învățat mediocru. Era simpatizată de colege şi colegi, având inițiativă şi ştiind să povestească atrăgător. La 15 ani profesorii şi părinții s-au sesizat de legăturile sale cu un băiat puțin mai mare, legătură care s-a terminat cu un scandal melodramatic. Apoi s-a "cumințit". A devenit ambițioasă, dorind să urmeze medicina. Nu a reuşit la examenul de admitere, astfel încât s-a angajat şi s-a calificat programatoare la un centru de calcul. Aici o început o legătură cu un inginer căsătorit, care s-a terminat prin plecarea acestuia. Se căsătoreşte la 23 de ani cu un medic şi au o fată. Căsnicia nu e însă fericită şi se despart după 3 ani. Copilul rămâne la ea. Se recăsătoreşte la 29 de ani cu un coleg de serviciu, un funcționar cu 10 ani mai în vârstă, liniştit, calm, care se preocupă de creşterea copilului. Nu au alți copii. În creşterea fetiței este hiperprotectoare. La serviciu doreşte să aibă rezultate bune. E mereu evidențiată, are diverse funcții sociale. La 36 de ani este suspectă de tumoră mamară. După multiple examinări se decide că nu e nici un pericol de malignitate. Peste un an soțul face un infarct; îl îngrijeşte cu devoțiune şi acesta îşi revine. În anul următor, îi mor ambii părinți. La serviciu se fac reorganizări, este mutată în alt sector. Invidiată un timp, i se reproşează acum tot mai mult o serie de atitudini, de către colege. Este schimbată din funcțiile pe care le deținea. Ciclul menstrual devine neregulat. Apar insomnii, irascibilitate, nerăbdare, sentimentul că nimeni nu o mai înțelege şi nu o mai sprijină. Se simte părăsită, i se face milă de propria situație: "iată cum am ajuns", "nimeni nu-ți este recunoscător" , se gândeşte ea. În acest context, fiica de 15 ani fuge de acasă cu un băiat. La aflarea veştii "leşină". Apoi, pleacă de acasă şi rătăceşte pe străzi, până noaptea târziu, când soțul o întâlneşte pe o bancă în cimitir. Întoarsă acasă, în zilele următoare acuză cefalee, plânge. Nu mai poate mânca nimic, simte că nu mai poate mişca picioarele şi nu se mai scoală din pat. Medicul chemat nu constată modificări neurologice care să explice imposibilitatea de deplasare. Peste un timp, fiica se întoarce şi – în cadrul unor "explicații" – îi spune că a fost o mamă rea, neînțelegătoare, egoistă, care nu a înțeles nimic din sufletul copilului său. În mijlocul acestei discuții, vocea pacientei se frânge brusc. De atunci nu mai poate vorbi.

Datele personale Sex: bărbați = femei Vârstă (media de debut: 20 ani) Domiciliu actual Loc de naştere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă	**Motivele internării** - consecințele obsesiilor şi/sau compulsiilor: întârziere la serviciu, pierderea a prea mult timp cu îndeplinirea ritualurilor - depresie Urgență da/nu Singur / adus
Antecedentele heredo-colaterale Psihiatrice: boala ticurilor (Gilles de la Tourette) tulburarea obsesiv-compulsivă tulburarea de personalitate anankastă Nepsihiatrice: coree	**Familia de origine** Un membru al familiei perfecționist
Antecedentele personale **Ciclu instructiv-profesional** de obicei individul are un nivel socio-economic bun	**Familia proprie** De multe ori celibat
Condiții de viață **Condiții de muncă** **Ocuparea timpului liber (hobby)** **Rețeaua de suport social** activitățile zilnice sunt parazitate de obsesii şi ritualuri care uneori pot ocupa toată ziua	**Personalitatea premorbidă** Perfecționistă (anankastă) - preferință pentru ordine în timp (planificări) şi spațiu - standarde morale înalte impuse propriei persoane dar şi celorlalți - devoțiune pentru muncă cu ore peste program, sacrificarea timpului liber în interesul muncii - imposibilitatea delegării responsabilităților - rigiditate, parcimonie

Istoricul bolii (episoadele anterioare)		
Copilărie :	TICURI (uneori)	
Adolescent, adult tânăr :	OBSESII + ANXIETATE +/- COMPULSII	
Adult	EPISOADE OBSESIV - COMPULSIVE +/- DEPRESIE	
Episodul actual	Diagnostic : tulburare obsesiv-compulsivă	
Debut Acut după un eveniment stressant dar mai frecvent cronic La bărbați boala debutează la vârste mai tinere.	Tablou clinic <u>Sindrom obsesiv:</u> idei obsesive, ruminații obsesive, impulsiuni obsesive, îndoieli obsesive, fobii obsesive cu caracter: penetrant, persistent, recurent şi egodistonic <u>Sindrom compulsiv:</u> acte comportamentale (spălare, verificare, evitare, colecționare) sau mentale (numărare: dungi, stâlpi, pomi, etc.) ce au caracter excesiv, repetitiv şi stereotip =ritualuri <u>Anxietate</u> în cazul reținerii de la compulsie <u>Depresie</u>	Tratament 1. medicamentos antidepresive: - clomipramina - SSRI: Seroxat Fevarin anxiolitice neuroleptice- în cazurile foarte severe (boală obsesivă) 2. psihoterapie cognitiv-comportamentală 3. TEC în caz de eşec la chimio- şi psihoterapie 4. psihochirurgie (în cazuri excepționale)

Caz G.E., 42 de ani, sex masculin, inginer mecanic.

Ajunge la medicul psihiatru din proprie iniţiativă, după ce a venit de încă 5 ori la cabinetul de consultaţie, dar a plecat înainte de a-i veni rândul la consultaţie. În cabinet se prezintă în ţinută corectă, îngrijită. Are un caiet în care şi-a sistematizat simptomele şi pe care-l prezintă medicului. Contactul psihic este bun, dar exprimarea pacientului este ezitantă; mereu revine asupra celor spuse, pentru a fi sigur că a fost bine înţeles. Mimică hipomobilă. Bine orientat spaţio-temporal şi mnezic. Fără simptome din seria psihozelor endogene. Are conştiinţa unei suferinţe psihice chinuitoare şi nu întrevede posibilitatea de a ieşi din starea actuală. Se plânge mai ales de insomnie, constipaţie, scăderea randamentului profesional, nesiguranţă, dificultăţi în decizie, gânduri şi intenţii (de act) care îi vin fără voia sa şi nu le poate stăpâni, verificări chinuitoare (plecând de acasă, trebuie să se întoarcă de 3-4 ori pentru a verifica dacă a închis uşa, a stins lumina sau a închis apa, etc.).

Pacientul creşte într-o familie de funcţionare ca şi copil unic. Tatăl, o fire corectă, dar rigidă, a pretins tot timpul o disciplină strictă: orele de masă erau fixe, timpul la joacă bine precizat, nu avea voie să întârzie seara peste o anumită oră. Mama a fost şi ea în serviciu, fiind plecată mult de acasă. Faţă de copii a fost grijulie, hiperprotectoare, dar mai mult anxioasă decât afectuoasă. Copilul a crescut mai mult cu bunica. S-a dovedit de mic încăpăţânat; şi asta, deja la 2-3 ani când a fost învăţat să păstreze curăţenia. Ulterior, nu s-a dovedit prea sociabil: la jocurile cu copii nu a dovedit multă iniţiativă, preferând să stea mai retras. Între 6 şi 7 ani a prezentat ticuri ale feţei. La şcoală a fost cuminte, conştiincios, hiperordonat, muncitor. A luat mereu premii, fiind dat ca exemplu pozitiv. I-a plăcut să asculte muzică şi să citească, să rezolve probleme de matematică. Nu a avut boli deosebite. Nu a consumat alcool. A studiat politehnica cu bune rezultate. Nu a făcut sport şi nici nu a mers la dans. Ca inginer şi-a făcut datoria cu multă seriozitate; un lucru început dorea să fie bine terminat. Se căsătoreşte la 25 de ani cu o colegă sociabilă, expansivă, mai mult la iniţiativa acesteia. Au un băiat care, crescând, a devenit neascultător. Pe de altă parte, au apărut şi s-au agravat divergenţele în familie, legate de firea sa mai ursuză, care nu agreează întâlnirile mondene. Soţia se plictiseşte, merge la spectacole cu prietenii de familie, îi reproşează lipsa de interes pentru familie. Divergenţe apar şi în ceea ce priveşte educaţia copilului.

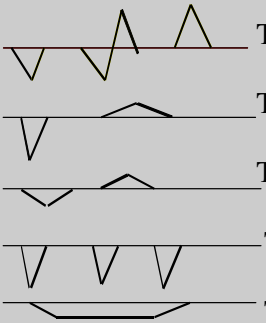
La serviciu, fiind apreciat, este promovat într-o funcţie de conducere. Îşi ia în serios activitatea, petrece aproape tot timpul în secţie. Este mereu frământat de insuficienta organizare a producţiei, de prea multa dezordine pe care o constată în unele sectoare, de indiferenţa şi neseriozitatea unor subalterni, caută să compenseze deficienţele constatate prin muncă proprie. Îşi prelungeşte şederea la serviciu; noaptea se gândeşte cum să rezolve a doua zi problemele. Dar, rezultatele întârzie. Ba mai este şi criticat.

Începe să nu mai poată adormi şi să se trezească devreme. Scade pofta de mâncare. Este constipat. Devine nesigur de sine, verifică de mai multe ori dacă a făcut un lucru bine sau rău, dacă l-a făcut sau nu l-a făcut. Fără voia sa îi vin în minte probleme de serviciu de care nu poate scăpa. Şi, la fel, îi vine în minte câte o

melodie, câte un cuvânt, câte o problemă absurdă, care-i paralizează conştiinţa. Uneori, tot fără voia sa, numără pietrele de pavaj sau stâlpii de telegraf. A devenit trist, morocănos; a slăbit în greutate. A început să se gândească că ar putea să fie bolnav (poate de cancer?!). Se gândeşte şi la o infecţie cronică. Se spală pe mâini de 10-20 ori/zi. Îşi face planuri amănunţite, în scris, înainte de a trece la acţiune. Verifică mereu totul. Randamentul scade progresiv. Apare nelinişte, panică, tristeţe. Trecând peste un pod, îi vine în minte "ce-ar fi dacă m-aş arunca ?". In tramvai îi vine să înjure pe alţii şi cu mare greutate se abţine. După multe ezitări, în sfârşit, se prezintă la medic.

Datele personale Sex: Femei >bărbaţi (TDR) Femei = bărbaţi (TAB) Vârstă 40 ani (TDR) / 30ani (TAB) Domiciliu actual Loc de naştere Profesie Stare civilă Confesiune religioasă	**Motivele internării** - tulburări de memorie şi atenţie - acuze somatice: psihalgii, disfuncţie sexuală - inapetenţă, scădere ponderală Urgenţă – stupor melancolic - tentativă de suicid - episod maniacal Singur / adus
Antecedentele heredo-colaterale Psihiatrice: TAB, TDR, alcoolism Nepsihiatrice	**Familia de origine** - pierderea mamei la vârste mai mici de 11 ani
Antecedentele personale Depresie secundară: - scleroza în plăci, AVC - flebo-tromboză (TAB) Se caută activ: - cardiopatie - glaucom cu unghi închis - adenom de prostată - epilepsie **Ciclu instructiv-profesional**	**Familia proprie** - Probleme conjugale de lungă durată - Lipsa unei relaţii suportive cu un alt adult - Doliu sau singurătate (la vârstnici) - Îngrijirea a 3 sau mai mulţi copii sub 14 ani
Condiţii de viaţă Uneori alcoolism secundar (alcoolul ca „soluţie la o problemă”) Condiţii de locuit precare **Condiţii de muncă:** şomaj sau pensionarea (la bătrâni) cu afectarea bugetului şi pierderea statutului social **Ocuparea timpului liber**: important de investigat pentru anhedonie **Reţea de suport**: frecvent lipseşte	**Personalitatea premorbidă** Vulnerabilitate pentru depresie: Trăsături perfecţioniste (mai ales) Trăsături ale personalităţii dependente Trăsături anxios - evitante Trăsături histrionice

Istoricul bolii (episoadele anterioare)



TAB tip I (episoade depresive, maniacale, mixte)

TAB tip II (episoade depresive şi hipomaniacale)

Tulb. ciclotimă (ep. subdepresive şi hipomaniacale)

TDR (episoade depresive)

Tulburarea distimică (ep. subdepresive lungi)

Episodul actual	diagnostic: TDR, TAB, tulburare distimică, tulburare ciclotimă	
Debut	Tablou clinic	Tratament
<u>Depresie exogenă</u> Psihotraumă: deces - reacţie psihopatologică de doliu Acumulare de evenimente stressante de viaţă la o personalitate vulnerabilă – nevroză depresivă <u>Depresie endogenă</u> Lipsa factorilor declanşatori – TDR <u>TAB</u> Deprivare de somn Abuz de substanţe stimulante (cocaină)	- Sindrom depresiv sau sindrom maniacal sau sindrom mixt cu / fără simptome psihotice (delir congruent sau uneori incongruent cu starea afectivă) - Sindrom depresiv cu stupor melancolic - Sindrom maniacal cu agitaţie psihomotorie - Sindrom depresiv-anxios (insomnie mixtă şi nelinişte)	Episod depresiv 1. medicaţie: antidepresive +/- stabilizatori ai afectivităţii +/- neuroleptic 2. eşec la tratam. medicamentos: TEC 3. psihoterapie cognitivă tip Beck Episod maniacal neuroleptice + Romparkin + stabilizatori ai afectivităţii

Caz I.G., 33 ani, sex feminin, căsătorită

Internată de urgență la solicitarea familiei pentru nervozitate, iritabilitate, dispoziție tristă, plâns facil, idei de vinovăție şi inutilitate.

Antecedente personale patologice: convulsii(la 9 luni), diagnosticată cu tulburare psihică în urmă cu 11 ani.

Familia de origine: născută într-o familie legal constituită. Fratrie gr.2, ord.2. Relații bune intrafamiliale. Mama este descrisă ca o fire sociabilă (cu care se aseamănă pacienta).Tata este descris ca o fire răbdătoare, perseverentă.

Familia proprie: actualmente pacienta se află la a 2-a căsătorie. Primul soț este descris ca fiind certăreț şi uneori violent. Afirmativ o supunea la diverse agresiuni sexuale. Divorțul a fost pronunțat în urmă cu 6 ani datorită "nepotrivirilor de caracter"

Ciclul instructiv-profesional: Absolventă a 12 clase. Actualmente profesează ca educatoare.

Personalitate premorbidă: clienta se descrie ca o fire labilă emoțional.

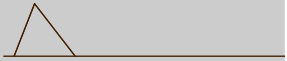
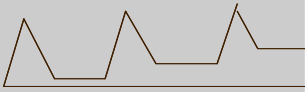
Evenimente stressante de viață (E.S.V): divorț (în urmă cu 6 ani), despărțirea de cel de al doilea soț (cu 2 săptămâni înainte de internarea actuală)

Istoricul tulburării psihice: pacienta se află la a 6-a internare într-o clinică de psihiatrie. Prima internare este în urmă cu 11 ani.

Simptomele actuale includ: dispoziție tristă marcată (cu plâns facil), idei de vinovăție ("pentru că este bolnavă") şi inutilitate, anhedonie, neîncredere în sine, insomnii mixte. Aceste simptome alternează cu perioade în care este de o veselie exagerată, de un entuziasm continuu (cu un "chef de muncă intens"), o energie vitală crescută, cu un comportament dezinhibat si necontrolat (face împrumuturi exagerate, se implică în proiecte nerealiste, conduce imprudent). În această perioadă pacienta vorbeşte mult, tare, trece rapid de la o idee la alta, nu se poate concentra, are o nevoie redusă de somn(se trezeşte doar după câteva ore de somn cu o energie debordantă). Uneori în timpul zilei aude voci de bărbați şi de femei(care nu există în realitate) care-i spun lucruri plăcute(o laudă). Activitatea socio-profesională a pacientei este perturbată, fapt confirmat de către ancheta realizată de către asistentul social. Aceste perioade de schimbări(cicluri) ale dispoziției durează în medie 3-4 zile. Din relatările pacientei în urma unui conflict cu fostul soț aceasta a distrus o serie de lucruri din casă. Pacienta nu are în momentul examinării actuale conştiința bolii psihice. Aderența terapeutică este redusă, pacienta neurmând la domiciliu tratamentul prescris de către medicul curant.

Datele personale Sex: Femei = bărbați Vârstă la debut : 15-35 ani Domiciliu actual Loc de naştere Profesie: rar termină studiile şi se angajează Stare civilă: rar căsătorit Confesiune religioasă: important de investigat în cazul delirului mistic	**Motivele internării** • Agitație psihomotorie • Comportament bizar • Randament şcolar / profesional redus **Urgență**: frecvent internare forțată: uneori necesară Singur / **adus**: adus de familie sau poliție
Antecedentele heredo-colaterale Psihiatrice: schizofrenie, tulburare de personalitate schizoidă Nepsihiatrice	**Familia de origine** Familie cu expresivitate emoțională crescută (conflicte, rejecție)
APP - suferință pre/perinatală **APF:** UM la femei **Ciclu instructiv-profesional** rar studii superioare	**Familia proprie** Adesea pacientul este necăsătorit Existența unei familii proprii care să-l susțină este un factor de prognostic pozitiv
Condiții de viață: adesea ca rezultat al deteriorării produse de boală subiectul nu se poate descurca pe cont propriu, necesită locuință protejată. **Condiții de muncă:** adesea se impune pensionarea pacientului sau participarea la activități de ergoterapie sau ateliere protejate **Ocuparea timpului liber:** boala predispune pacientul la pierderea interesului pentru orice activitate **Rețea de suport**: adesea pacientul este <u>rejectat</u> de familie	**Personalitatea premorbidă** Se caută trăsăturile personalității schizoide: - răceală afectivă - indiferență la critică sau laudă - dezinteres pentru relații sociale, activitate sexuală - preferința pentru activități solitare şi abstracte - noncomformism, excentricitate comportamentală şi vestimentară

Istoricul bolii (episoadele anterioare)

	22% din cazuri	1 episod cu remisiune completă
	35% din cazuri	> episoade cu remisiune completă
	8% din cazuri	> episoade cu remisiune incompletă
	35% din cazuri	>episoade, remisiune

Episodul actual diagnostic: schizofrenie paranoidă, dezorganizantă (hebefrenă), catatonă, nediferențiată

Debut
insidios cu
<u>simptome deficitare:</u>
- retragere socială
- tulburări de atenție şi memorie

<u>derealizare</u>
<u>depersonalizare</u>
<u>anxietate</u>

acut: cu simptome productive
- delir
- halucinații
- agitație psihomotorie
- comportament bizar

Tablou clinic
Sindrom productiv:
- delir paranoid
- sindrom de transparență-influență
- halucinații auditive

Sd. de dezorganizare
- disociație ideo-verbală
- incongruență sau ambivalență afectivă
- comportament bizar
- manierisme

Sindrom deficitar
- retragere socială
- aplatizare afectivă
- alogie, abulie

Sindrom cataton

Tratament
1. **Medicamentos**
Pentru delir, halucinații, disociație, agitație psihomotorie:
neuroleptice convenționale sau atipice
Pentru simptomatologie deficitară:
neuroleptice atipice sau bimodale-în doză mică
2.Eşec la tratament medicamentos: TEC
3.Programe de reabilitare psiho-socială

Caz M.D., sex feminin, 43 ani

Se internează la insistențele medicului întreprinderii, care surprinde ciudățenii în comportamentul pacientei. În primele zile de internare, atitudinea pacientei este rezervată, prudentă, evită să vorbească medicului despre "adevăratele" ei probleme. Treptat, după mai multe întâlniri cu medicul de salon, se hotărăşte să "vorbească". Antecedentele heredo-colaterale şi personale sunt nesemnificative. Viața pacientei a fost extrem de bogată în evenimente. A fost o fire energică, cu imaginație vie, iubitoare de frumos, sensibilă. Întreaga viață a fost trăită cu o încărcătură afectivă bogată. De câțiva ani se schimbă. Deşi citea mult, cu pasiune, în ultima vreme încetează să mai citească. Este tot mai mult preocupată de probleme care interferează cu domeniul supranaturalului. Pretinde că are capacitatea de a comunica cu spiritele; şi că, mai ales spiritul soțului ei (decedat în urmă cu zece ani) noaptea, trece mereu prin camera ei. Ştie că este el după anumite semne numai de ea ştiute. Probabil vine s-o avertizeze, ştiind că ea este deținătoarea unui mare secret – cunoaşte acțiunea unor plante care ar putea vindeca şi cancerul, dar nu are curajul să divulge acest secret, pentru a nu periclita viața fiului ei. Se simte urmărită, ştie că este urmărită, verificată, controlată, de toate maşinile din oraş, de oameni deghizați, de agenți străini care o spionează şi îi urmăresc acțiunile. La locul de muncă şi acasă este influențată prin radiații electromagnetice a căror surse sunt toate firele electrice din pereți şi toate cuiele din pereți; drept urmare a demontat şi acasă şi la locul de muncă firele electrice de pe pereți şi a scos toate cuiele. Mai mult chiar, acasă şi-a scos parchetul ca să găsească microfoanele cu care i se citesc gândurile. Aude voci care îi comentează acțiunile, vede ființe ciudate care apar ori de câte ori vrea să vorbească cuiva despre ceea ce se întâmplă cu ea. Chiar medicului curant îi este teamă să vorbească de ceea ce se întâmplă cu ea, pentru că "vede" în spatele medicului o ființa amenințătoare. Universul acesta fantastic se desfăşoară în parale cu viața de toate zilele a pacientei şi a permis mult timp inserția ei mulțumitoare în viața socio-profesională. În momentul în care lumea fantastică a spiritelor şi a urmăritorilor s-a suprapus realității, pacienta ajunge în spital mai ales simțindu-se deranjată de "influențe exterioare" față de care are o reacție afectivă anxioasă, cu insomnii, nelinişte, epuizare.

Examenul psihic: câmp de conştiință clar, cu bună orientare auto şi allo-psihică. În plan perceptiv sunt prezente halucinații auditive (zgomote nocturne, voci care-i comentează acțiunile şi care o amenință). În planul gândirii este prezent un delira relativ bine sistematizat, cu temă fantastică: comunicarea cu spiritele, deținerea unui secret de importanță mondială, alături de delirul de influență exterioară. Prezența sindromului de automatism mental este demonstrabilă atât prin sentimentul şi convingerea pacientei că i se înregistrează gândurile cât şi prin consecințele acestor trăiri: demontarea parchetului, scoaterea cuielor din pereți şi a firelor electrice. Inserarea pacientei într-o asemenea rețea delirant fantastică nu-i conferă acesteia conştiința bolii. Aceasta ajunge la psihiatrie doar în momentul când, epuizată, nu mai rezistă "influenței" şi "urmăririi". Afectivitatea ajunge să fie intens depresivă, cu anxietate, până la stări de angoasă nocturnă, în momentele în care simte prezența spiritelor.

Caz D.V., sex masculin, 22 ani, student an II la Institutul Politehnic, necăsătorit.
Adus la Spitalul de Psihiatrie de părinți.
Prezentare: ținută neglijentă (stare igienică precară; nebărbierit, părul nespălat), privire inexpresivă, tâmpă, gestică stereotipă, facies imobil, "aer" bizar, convențional, nelinişitit, nemulțumit de aptul că este adus la medic, fără a opune însă o opoziție evidentă. Nedormit, slab, longilin, vorbeşte distant şi "rece" cu un aer de superioritate neînțeleasă. Contactul cu medicul se stabileşte cu dificultate.
Motivele internării. Spontan, pacientul nu acuză nici un simptom, din contră, este contrariat că a fost adus la consultație, nefiind bolnav. Din relatările părinților aflăm însă: o progresivă scădere a randamentului intelectual; a repetat a doua oară anul universitar, abandonându-l la jumătate. Stăm mai mult închis în casă, nu doreşte să vadă pe nimeni, fumează foarte multe (aprinde o țigară de la alta), consumă cafea în cantități mari. De câteva săptămâni se spală sporadic, refuză să-şi vadă părinții, primeşte mâncarea prin uşa întredeschisă, iar după ce a mâncat (cantitativ puțin) pune vesela murdară la pragul uşii. Lasă impresia că studiază zi şi noapte, se ocupă de filozofie, scrie poezii, fără însă a lăsa pe nimeni să se apropie de ceea ce face.
Personalitate premorbidă: Tip biologic astenic, longilin, copil cu o dezvoltare psiho-motorie corespunzătoare normei, mai retras, timid, evită confruntările directe cu cei din grupul de joacă. Elev silitor, cu rezultate şcolare peste medie, nu-l interesau fetele, prefera să citească decât să meargă la o întâlnire cu colegii.
Istoricul bolii: într-o reconstituire anamnestică, părinții recunosc retroactiv modificări ale comportamentului, instalate în urmă cu doi ani, pe care le-au interpretat ca o indispoziție consecutivă unei decepții sentimentale. A devenit mai retras, visător, neatent, dând impresia că este preocupat de probleme deosebite.
Acest eveniment s-a produs în primul an de facultate, şi a fost corelat cu oboseala survenită în urma examenului de admitere, a adaptării mai dificile la solicitările mediului universitar. Din aceeaşi perioadă datează pasiunea pentru filozofie şi poezie, concretizată prin cumpărarea şi împrumutarea a o serie de cărți filozofice şi de poezie.
În anul doi de facultate (cu profil tehnic), părinții au observat un dezinteres pentru materiile predate. Tânărul a devenit mai "neglijent", s-a detaşat de prietenii care-l mai frecventau, considerându-i incapabili să susțină o discuție intelectuală. Preocupările extrauniversitare îi răpeau majoritatea timpului, argumentând părinților noua sa orientare spre filozofie. Repetă anul universitar, dar randamentul său intelectual scade progresiv, devine stereotip, sărac în idei. În domeniul filozofiei foloseşte noțiuni şi categorii lipsite de conținut real; este incapabil de înțelegerea şi reformularea problemelor; gândirea i se împotmoleşte în ineficiență.
Examenul psihic relevă răspunsuri corecte şi coerente la întrebările cu un grad de dificultate scăzut. Pe măsură ce dialogul se prelungeşte iar gradul de abstractizare al discuției creşte, apar net deficiențe logice, incoerența ideatorie (ca de exemplu într-un exemplu de interpretare a unei poezii proprii "Semnul lui Brâncuşi reprezintă bărbatul şi femeia, iar fiecare este alt plan, dar pentru că semnifică depărtarea şi apropierea… soarele este androgin).

Caz I.D., 18 ani, muncitor necalificat, necăsătorit.
Adus de urgența, cu salvarea, contenționat, după ce a spart în casă televizorul, geamuri, bibelouri.
Prezentare: îmbrăcat sumar, cămaşa ruptă are pete de sânge; prezintă escoriații şi tăieturi în regiunea anterioară a ambelor coapse şi pe brațe. Părul răvăşit, facies "tâmp", râde în hohote, nemotivat; gesturi obscene, mimică contrastantă cu starea de agitație; scuipă, înjură. Râde fără "noimă", foloseşte cuvinte triviale; mişcările sunt necontrolate, fără scop şi finalitate.
Nu răspunde întrebărilor, se zbate, urlă, dă din picioare şi din mâini, are mişcări haotice. Iritat, excitat, pare să nu sesizeze lumea din jurul său; privirea este ațintită în gol. Scoate sunete monosilabice, sau cuvintele folosite sunt puse cap la cap, fără nici o legătură, anarhic, incoerent. Furie agresivă, fără obiect specific, sparge şi loveşte tot ce este în jurul său. Necesită contenționare şi sedare neuroleptică. La câteva zile după internare, perioadă în care a fost în continuare agitat psihomotor, chiar după administrarea neurolepticelor, în doze ridicate, starea sa se modifică, devine apatic, liniştit, stă mai mult în pat, nu mai comunică. Rămâne imobil în pat, refuză să mănânce, inițial opunând rezistență. La ordinele scurte şi simple face contrariul. Dacă i se spune "deschide gura", el strânge maxilarele. După o zi, nu se mai scoală din pat, nici pentru necesitățile biologice. Daca este sculat din pat rămâne în poziția respectivă, dacă i se ridică o mână, rămâne în aceeaşi poziție un timp îndelungat. Are aspectul unei păpuşi de ceară, c i se poate imprima orice formă (plasticitate ceroasă). Doarme în poziții bizare, cu capul ridicat deasupra pernei, suspendat în aer (perna psihică). După aplicarea electroşocului starea se ameliorează, se hrăneşte singur, se scoală din pat.
Motivele internării: stare de mare agitație psihomotorie, incoerență verbală, agresivitate marcată.
Istoricul bolii: debut brusc, în ziua precedentă, cu stare de nelinişte, anxietate, bizarerii comportamentale. Nu au existat motive psiho-traumatizante sau ingestii de substanțe toxice care să explice starea prezentă.
Personalitate premorbidă: dezvoltare psihomotorie în copilărie în limite normale. Nu a excelat în privința rezultatelor şcolare, fiind un elev submediocru. Provine dintr-o legătură întâmplătoare a mamei cu un bărbat căruia nu-i cunoaşte antecedentele personale. A fost un copil jucăuş; la vârsta de 18 ani, nefiind pe deplin maturat, a abandonat şcoală după absolvirea a 8 clase, schimbând trei locuri de muncă, ca muncitor necalificat, sezonier. Obişnuia să se joace cu copii mai mici ca el; în ultimul timp a fost atras în special de grupuri anomice de adolescenți. Vagabonda, părăsea locul de muncă, mergând la film. Seara, venea târziu noaptea. A fost amendat pentru tulburarea liniştii publice într-un local, fiind în tovărăşia altor tineri fără ocupație.
Examenul psihic: criză de agitație psiho-motorie, incoerență verbală, discordanță, stereotipie, stupor cataton, negativism, catalepsie.

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

PERSONALITATEA = modul constant de a simţi, gândi, acţiona şi reacţiona al unui individ

PRINCIPALELE TIPURI	TRĂSĂTURI GENERALE ALE TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE
	❑ trăsăturile de personalitate sun accentuate excesiv şi global ❑ comportament maladaptativ (ce afectează funcţionarea individului în familie, în societate sau la locul de muncă), rigid (inflexibil într-o varietate mare de împrejurări) şi durabil (anevolutiv) ❑ egosintonie (persoana este mulţumită cu sine însăşi) şi alloplasticitate (persoana nu simte nevoia de a se schimba pe sine, ci mai degrabă pe ceilalţi) ❑ vulnerabilitate pentru alte tulburări psihice ❑ patoplasticitate (modificarea tabloului clinic al patologiei comorbide) ❑ debut în adolescenţă sau la vârsta adultului tânăr
SCHIZOIDĂ	1. indiferenţă faţă de critică sau laudă 2. nevoia de a duce o existenţă solitară 3. răceală afectivă (capacitate diminuată de a-şi exprima sentimentele) 4. dezinteres pentru relaţiile strânse sau intime 5. preocupare pentru fantezii şi introspecţie 6. preferinţă pentru activităţi solitare şi abstracte 7. excentricitate, noncomformism
PARANOIDĂ	1. megalomanie, suficienţă 2. hipervigilenţă şi preocupare nejustificată în legătură cu lipsa de loialitate a prietenilor sau colegilor 3. sensibilitate la critică 4. suspiciozitate 5. interpretativitate, hipervigilenţă 6. ranchiună 7. cverulenţă, procesomanie

ANTISOCIALĂ	1. dispreţ pentru, sau violarea drepturilor şi siguranţei celorlalţi 2. lipsă de conformare la normele sociale, legi 3. utilizarea minciunii, vicleniei, complicităţii în scopul obţinerii profitului personal 4. iresponsabilitate la locul de muncă sau în onorarea unor obligaţii financiare 5. impulsivitate, toleranţă redusă la frustrare 6. iritabilitate şi agresivitate 7. Incapacitate de a resimţi vinovăţie sau de a învăţa din pedepse
HISTRIONICĂ	1. nevoia de a fi în centrul atenţiei, egoism de tip captativ, slabă capacitate de transfer afectiv 2. sociabilitate 3. sugestionabilitate 4. toleranţă redusă la frustrare 5. hiperemotivitate (exagerare în exprimarea emoţiilor), plâns facil 6. superficialitate, labilitate emoţională 7. comportament teatral, manipulator, seducător, de atragere a atenţiei asupra sa prin aspectul fizic (seducţie prin comportament şi înfăţişare)
INSTABILĂ EMOŢIONAL	Tipul impulsiv: instabilitate emoţională şi lipsa controlului impulsurilor (explozii de violenţă la critică) Tipul borderline: 1. relaţii interpersonale intense şi instabile 2. eforturi disperate de a evita un abandon real sau imaginar 3. impulsivitate cu potenţial de autovătămare (cheltuieli, sex, abuz de substanţe, bulimie, condus auto) 4. instabilitatea imaginii de sine 5. instabilitate afectivă cu reacţii afective intense (disforie, anxietate, iritabilitate, furie şi agresivitate) 6. comportament de autovătămare, ameninţări, gesturi suicidare recurente 7. sentiment de gol interior, ideaţie paranoidă, disociaţie reactivă

OBSESIV-COMPULSIVĂ (ANANKASTĂ, PERFECȚIONISTĂ)	1. perfecționism inhibant (incapacitatea de a îndeplini o sarcină datorită standardelor exagerat autoimpuse) 2. datorită standardelor exagerat autoimpuse) 3. devoțiune pentru muncă (nejustificată din punct de vedere material) în dauna distracțiilor şi relațiilor interpersonale 4. preocupare pentru ordine, reguli, organizare 5. aderență la convențiile sociale, la normele morale 6. neputința de a se dispensa de obiecte inutile, fără valoare afectivă 7. reticență în a-şi delega responsabilitățile 8. rigiditate, încăpățânare 9. parcimonie
ANXIOS EVITANTĂ	1. preocupare şi frică excesivă de a fi rejectat sau criticat 2. sentimente de inferioritate, de a fi inadecvat în plan social 3. reticență față de relațiile intime 4. reticență de a lega relații interpersonale dacă nu e sigur că este plăcut 5. inhibiție în relațiile interpersonale noi 6. reticență în a-şi asuma riscuri sau responsabilități 7. evitarea activităților ce implică relații interpersoanale
DEPENDENTĂ	1. dificultate în luarea de decizii banale fără supervizare sau de a inița proiecte proprii 2. nevoia ca alții să-şi asume responsabilitatea pentru el 3. neîncredere în capacitățile proprii de judecată 4. sentiment de neajutorare atunci când trebuie să ia singur decizii 5. incapacitate de a-şi exprima dezacordul sau acceptarea unor sarcini neplăcute pentru a obține sau a evita pierderea suportului din partea celorlalți 6. căutarea neîntârziată a unei noi relații de supervizare atunci când precedenta se destramă 7. preocupare nejustificată, frică de a nu fi lăsat să se descurce pe cont propriu

Caz C.M., 35 ani, sex masculin, muncitor necalificat la un trust de construcţii-montaj; necăsătorit.

Internat prin Comisia de expertiză medico-legală Timişoara, în vederea stabilirii diagnosticului psihiatric. Inculpat sub acuzaţia de furt repetat din avutul obştesc şi particular. La proces apărarea a invocat "boala psihică" a pacientului, iar judecătorul a dispus expertiza medicală. Se prezintă singur pentru internare. Starea somatică şi psihică consemnată de medicul de gardă la sosirea pacientului în spital, elevă absenţa simptomelor subiective şi a semnelor obiective, atât în plan somatic, cât şi sub cel psihic.

Pacientul relatează că părinţii săi sunt agricultori. S-a născut şi a copilărit în mediul rural. Tatăl său, un om violent, brutal, consumator sistematic de băuturi alcoolice concentrate, a fost implicat în multe scandaluri, a fost condamnat penal de mai multe ori pentru delicte diverse. Îi făcea plăcere să-şi chinuie membrii de familie. A avut scurte internări într-un spital psihiatric şi a fost supus odată unei expertize medicale. Mama pacientului este descrisă de acesta ca o fire supusă, pasivă, care angrenată în treburile unei gospodării pe care o conducea mai mult singură (soţul ei lipsind adesea mai mult de acasă), nu a avut timp să se ocupe prea multe de educaţia copiilor. Mai are 3 fraţi, dintre care 2 sunt membrii CAP, al treilea, etilic cu comportament violent, rătăceşte prin ţară, fără a se putea stabili undeva ca rezidenţă şi loc de muncă. Atmosfera familială în timpul copilăriei a fost mereu tensionată de scandalurile provocate de tatăl său. Consideră că părinţii lui au manifestat indiferenţă faţă de el şi îi blamează pentru acest lucru: recunoaşte însă că nici el nu şi-a iubit niciodată membrii familiei. A încheiat doar şcolarizarea obligatorie, a încercat de mai multe ori dar nu a reuşit să termine nici un curs de calificare profesională. Explică performanţele şcolare mediocre prin neînţelegerea pe care profesorii – ca şi părinţii săi – au manifestat-o faţă de el, pedepsindu-l des şi - consideră el – pe nedrept. După terminarea şcolii a încercat să lucreze în mai multe locuri, dar peste tot a întâmpinat neînţelegere şi injustiţie, motiv pentru care nu a rămas mult în nici o întreprindere, unde, mereu, i se repartizau munci care nu i se potriveau.

Stagiul militar l-a efectuat integral, la o unitate de muncă pe şantiere; afirmă că nu se împăca deloc cu un regim de ordine pe care-l consideră excesiv de autoritar şi împotriva căruia a protestat uneori, fiind sancţionat pentru acest lucru. Reia apoi activitatea ca muncitor necalificat, schimbând iar numeroase locuri de muncă, plecând de regulă prin demisie sau desfacerea contractului de muncă pentru indisciplină.

Nu este căsătorit, afirmă pacientul, deoarece nu a găsit încă o tovarăşă de viaţă potrivită. În urma unei "greşeli de tinereţe" este obligat prin sentinţă judecătorească să plătească unei femei pensie alimentara pentru un copil natural. Are puţini prieteni. Afirmă că nu consumă decât ocazional băuturi alcoolice. Acuză prietenii săi de care acum se desolidarizează că după serbarea unei zile onomastice la care el a consumat alcool, aceştia l-au antrenat într-o escapadă în care nu şi-a dat bine seama ce face (fiind în stare de ebrietate), urmarea fiind că s-a trezit, nevinovat, inculpat sub acuzaţia de furt calificat. Afirmă că nu a suferit de nici o boală în

trecut, dar că în adolescență a suferit o puternică lovitură la cap, după care a leşinat fără însă a primi ulterior îngrijiri medicale. Crede că totuşi trebuie să aibă o "boală la cap", urmare a loviturii primite, altfel nu-şi explică cum de a putut să-l aducă o cantitate de alcool într-o stare de "inconştiență" în care a comis fapte care "nu-i stau în caracter", pe care nu le-ar fi comis niciodată cu mintea lucidă.
Din relatările – ulterioare – a unei rude a pacientului şi din datele anchetei sociale la domiciliul său actual şi la locul de muncă rezultă că pacientul a oferit cu dezinvoltură o versiune incompletă şi – în parte – neadevărată a istoriei biografice a vieții sale. Sunt adevărate cele afirmate despre tatăl său, dar pacientul, din fragedă copilărie a manifestat variate tulburări de comportament acasă sau la şcoală: era nedisciplinat, obraznic, lipsea mult de acasă şi de la şcoală, vagabondând într-o rea companie; a început să mintă şi să fure; de timpuriu a început să bea şi să fumeze. Îi plăcea să chinuie animalele şi pe copii mai mici decât el. Nu a putut fi îndreptat nici prin vorbă bună, nici prin sancțiuni drastice. A escrocat multă lume, a sedus multe fete, făcându-şi un "titlu de glorie" printre "prietenii" săi din aceste lucruri, fără a manifesta niciodată milă față de suferința altora sau remuşcare pentru faptele rele săvârşite. Consideră întotdeauna că aşa trebuie trăită viața, profitând fără scrupule pe socoteala celor naivi. Din cauza firii sale nu a fost tolerat în nici un colectiv de muncă. Vecinii de apartament se plâng de repetate petreceri, urmate de scandal, care au loc la el acasă. Randamentul său profesional a fost mereu mic, căutând mereu să lucreze cât mai puțin şi să profite cât mai mult, dând vina neîndeplinirii normei pe ceilalți. Este, de fapt, un consumator cronic înveterat de băuturi alcoolice. A avut numeroase incidente cu organele de poliție şi justiție, dar a reuşit până acum să se disculpe. Este cunoscut faptul că împreună cu "prietenii" săi au comis numeroase acte delictuale; acesta din urmă nu a mai putut fi negat, deoarece a fost prins asupra faptului (în flagrant delict).
Se autocaracterizează (în contradicție cu implicatele biografiei sale reale) ca un om sociabil, activ, intransigent, uneori însă influențabil. Nu crede că ar prezenta o "fire" anormală.
Examenul actual somatic şi psihic nu relevă simptome sau semne semnificative pentru vreo boală psihică sau somatică.
Nu s-a administrat nici o terapie medicamentoasă, nefiind nici o indicație.
Examenele paraclinice. Examenul neurologic: fără modificări obiective; EEG: fără grafeme patologice; Examenul testologic (Szondi, Rorschach; Rosenzweig): slabă toleranță şi conformism de grup, intoleranță la frustrare, hedonism, egocentrism, cenzor moral absent.
Observația catamnestică: pacientul rămâne cooperant, caută în continuare să "facă o bună impresie". Conduită intraspitalicească ireproşabilă. Solicită des bilete de voie, pentru a ieşi în oraş, sub diverse pretexte.

ÎNTREBĂRI:

1. Pacient în vârstă de 22 ani este adus de familie pentru internare deoarece de 3 săptămâni pacientul stă baricadat în camera sa şi nu comunică cu membrii familiei. Uneori prezintă bizarerii comportamentale de tipul solilocviei. Medicului psihiatru îi spune cu mare dificultate că părinții sunt implicați într-o conspirație împotriva lui, motiv pentru care îi urăşte. Pacientul nu se simte dator să dea explicații despre acest fapt şi nici întrebările țintite nu reuşesc să clarifice această presupusă conspirație.. Diagnosticul cel mai probabil este:
    a) schizofrenie formă simplă
    b) schizofrenie formă dezorganizantă (hebefrenă)
    c) schizofrenie formă nediferențiată
    d) schizofrenie formă paranoidă
    e) tulburare schizo-afectivă tipul schizo-depresiv
2. Bărbat în vârstă de 60 de ani, adus de familie în consultație ambulatorie pentru un comportament impulsiv şi dezinhibat (fără respectarea normelor de conduită socială). În timpul interviului bărbatul pare euforic dar veselia sa nu contaminează asistența. Scuipă pe jos iar pantalonii sunt pătați de urină. Diagnosticul cel mai probabil este:
    a) tulburare afectivă bipolară, episod maniacal
    b) tulburare de personalitate antisocială
    c) demență frontală Pick
    d) tulburare de personalitate histrionică
    e) demență Alzheimer
3. La consultație se prezintă o pacientă care acuză gastralgii, cefalee, amorțeli sau furnicături în membre, tremor generalizat al corpului. Cere cu insistență să fie tratată pentru simptomatologia pe care o are cu atât mai mult cu cât psihiatrul este ultima speranță a sa după nenumărate consulturi internistice şi chirurghicale. Diagnosticul cel mai probabil este:
    a) paranoia cu delir de otrăvire
    b) tulburarea anxietății generalizate
    c) depresie
    d) tulburare de somatizare
    e) tulburare hipocondriacă

CAPITOLUL IV. CONEXIUNI ÎNTRE SUFERINȚA NEUROLOGICĂ, PSIHIATRICĂ ŞI CEA INDUSĂ DE ALCOOL

CUPRINS:

- SINDROAME NEUROLOGICE CE SE POT ASOCIA TULBURĂRILOR PSIHICE SAU NECESITĂ DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL CU TULBURĂRILE PSIHICE

  1. epilepsia generalizată – crizele grand mal
  2. sindromul piramidal
  3. crizele epileptice parțiale complexe – epilepsia temporală
  4. sindromul extrapiramidal
  5. sindromul pseudobulbar
  6. sindromul de arteră cerebrală posterioară (ACP)

- DELIRIUM
- DEMENȚELE
- ALCOOLISMUL

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. ÎNȚELEGEREA CORELAȚIEI DINTRE ANATOMIA SISTEMULUI NERVOS CENTRAL ŞI SIMPTOMATOLOGIA DIN DEMENȚĂ

2. ASIMILAREA UNOR CRITERII DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎNTRE PATOLOGIA ORGANICĂ NEUROLOGICĂ ŞI CEA PSIHOGENĂ PSIHIATRICĂ

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL ÎNTRE CRIZA EPILEPTICĂ GRAND MAL ŞI CRIZA ISTERICĂ PSEUDOEPILEPTICĂ

EPILEPSIA GENERALIZATĂ – criza GRAND MAL					
Prodrom (20%)	Debut	Faza tonică	Faza clonică	Faza rezolutivă	Trezire
Migrene Parestezii Tremurături Disconfort digestiv Mioclonii	Pierderea cunoştinței Cădere cu lovire	Strigăt Contracție tonică generalizată Devierea conjugată a globilor oculari Cianoză Emisie de urină, fecale	Contracții clonice simetrice şi ritmice Muşcarea limbii	Somn profund stertoros Hipotonie musculară Hiperemie facială	Confuzie cu/fără agitație psiho-motorie Amnezia episodului Oboseală musculară
Cu câteva zile înaintea crizei	De obicei brutal	10 – 20 secunde	1 –2 minute	1-4 ore	

Diagnostic diferențial al crizei grand mal se face cu:	
Criza pseudoepileptică din isterie	• Prezența unei terțe persoane • Căderea se produce cu evitarea traumatismului • Absența incontinenței sfincteriene • Contracțiile sunt dezordonate • Limba nu este muşcată • Lipseşte amnezia episodului

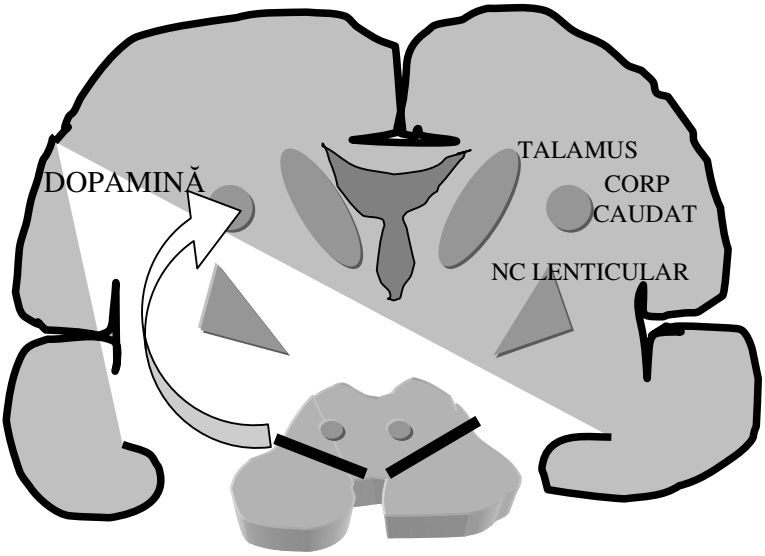
DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL CRIZELOR PARȚIALE COMPLEXE CU PATOLOGIA PSIHIATRICĂ

CRIZELE PARȚIALE COMPLEXE – EPILEPSIA TEMPORALĂ		
Aură în 10% cazuri Criză parțială simplă: • motorie: clipit • senzitivă: parestezii • senzorială: fosfene, zgomot de clopote, miros de sulf ars, gust neplăcut • vegetativă: palpitații, discomfort epigastric care se extinde în torace, gât Specifică fiecărui pacient	Criza propriu-zisă **Denivelarea sau îngustarea câmpului actual de conştiință** Tipuri: Crize psiho-senzoriale (halucinoze vizuale-onirice, iluzii micropsice sau macropsice, halucinații auditive, olfactive-crize uncinate) Crize psiho-motorii: automatisme: comportamente stereotipe simple sau complexe Manifestări cognitive: deja sau jamais vu, vecu Manifestări afective: anxietate, depresie, euforie 2-3 minute	post ictal Somn / confuzie

Diagnosticul diferențial al epilepsiei temporale se face cu	
Crepusculul isteric	EEG- normal, frecvent reacție la frustrare, eşec, conflict
Episoadele psihotice	Bolnavul psihotic nu critică halucinațiile

PRINCIPALELE SINDROAME NEUROLOGICE

SINDROMUL PIRAMIDAL apare în urma afectării căilor piramidale (cortico - spinale)	❑ hipertonie spastică cu semnul lamei de briceag ❑ ROT accentuate ❑ reflex cutanat abdominal abolit ❑ semn Babinski prezent ❑ clonus	Sindromul piramidal trebuie căutat în cazul demenţelor vasculare care întotdeauna se însoţesc de simptome neurologice de tip: -sindrom piramidal -sindrom pseudobulbar -sindrom extrapiramidal
SINDROMUL EXTRAPIRAMIDAL apare în urma afectării căilor extrapiramidale	Sindrom hiperton – hipokinetic (paleostriat) ❑ hipertonie de tip plastic cu semnul roţii dinţate ❑ tremor de repaus ❑ hipokinezie Sindrom hipoton – hiperkinetic (neostriat) ❑ hipotonie musculară ❑ hiperkinezie: mişcări coreice sau atetozice	Sindromul extrapiramidal poate fi consecinţa efectului medicaţiei neuroleptice (antipsihotice) care blochează receptorii dopaminergici la nivelul conexiunii substanţă neagră mezencefalică – ganglioni bazali
SINDROMUL PSEUDO-BULBAR apare în urma afectării căilor cortico - bulbare	❑ disfagie pentru solide ❑ disartrie (vorbire explozivă cu cadenţă variabilă) ❑ labilitate emoţională plâns, râs la stimuli minori	Sindromul pseudobulbar este frecvent asociat demenţei Alzheimer
SINDROMUL ARTEREI CEREBRALE	Sindrom amnestic, paralizia privirii verticale sindrom de deconectare posterioară (alexie fără agrafie), sindrom confuzional, sindrom talamic, hemianopsie homonimă contralaterală cu păstrarea vederii maculare, agnozie vizuală, prosopagnozie	



MEZENCEFAL

Ganglionii bazali sunt formațiuni alcătuite din substanță cenuşie (neuroni) situate în substanța albă. Din acest grup fac parte:

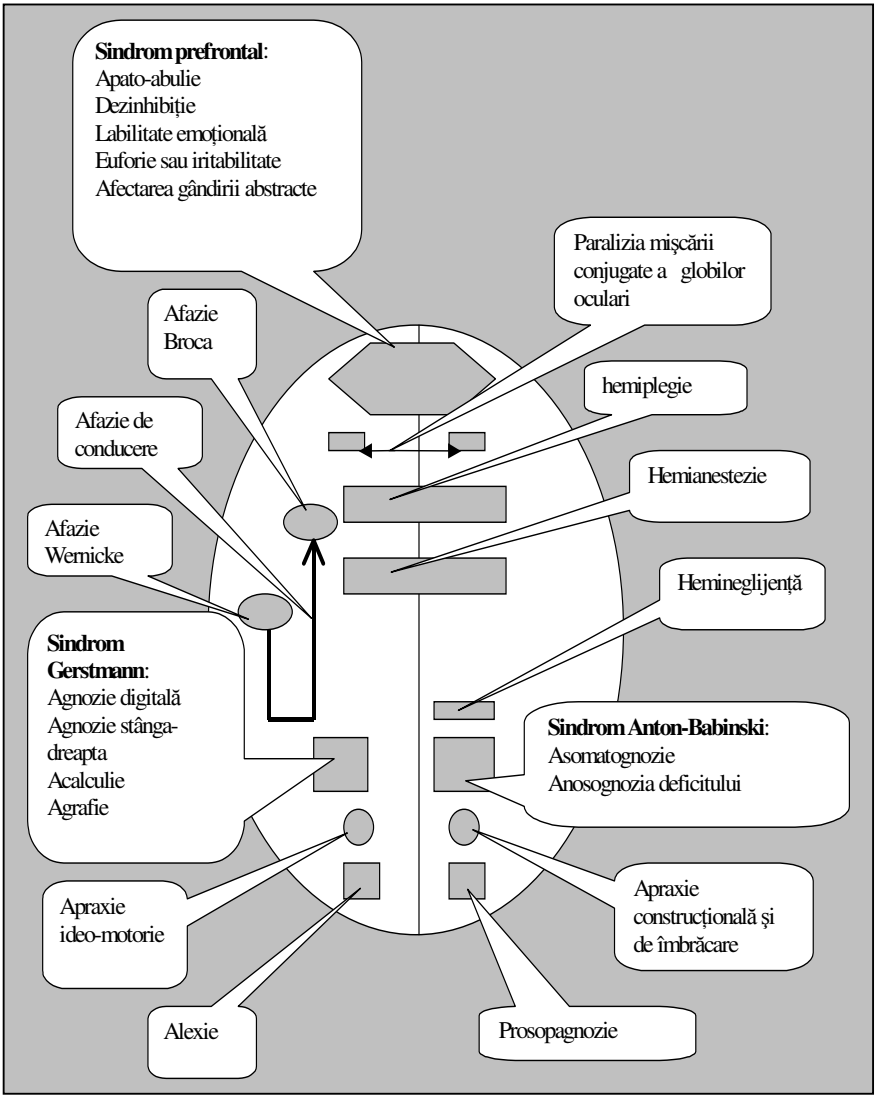
- nucleul lenticular : globul palid (paleostriat) şi putamen (neostriat)
- corpul caudat (neostriat)

Din substanța neagră a mezencefalului pleacă axonii neuronilor dopaminergici spre ganglionii bazali. Dopamina are efect inhibitor asupra acetilcolinei.

În cazul administrării de neuroleptice incisive, care blochează receptorii dopaminei din ganglionii bazali, dopamina nu se va mai putea fixa pe receptorii săi şi nu va mai avea nici un efect asupra acetilcolinei care, va determina apariția unui sindrom extrapiramidal.

Pentru a contracara acest efect advers al medicației neuroleptice incisive, se vor administra anticolinergice

SCHEMA LOCALIZĂRII PRINCIPALELOR SINDROAME ŞI SEMNE NEUROLOGCE



DELIRIUM (STAREA CONFUZIONALĂ)

ETIOLOGIE
1. NEUROLOGICĂ (AVC, **infecții**, postictal, encefalopatie Wernicke)
2. INTOXICAȚII
3. SEVRAJE (**alcool**, medicamente, droguri)
4. INSUFICIENȚE
   - Hepatică
   - Respiratorie
   - Renală
5. HIPOGLICEMIE
6. DEZECHILIBRE HIDRO-ELECTROLITICE
7. FEBRĂ

CARACTERISTICI
debut acut
evoluție scurtă (dg. ≠ demența)
intensitate fluctuantă
inversarea ritmului somn- veghe
tulb. de atenție cu amnezie secundară (dg. ≠ demența)

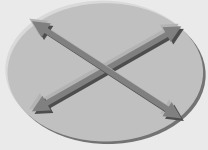
Mai frecvent la bătrâni şi copii

SIMPTOME SOMATICE
- SEMNELE VEGETATIVE DE SEVRAJ
- SIMPTOME DE INTOXICAȚIE
- SEMNE DE FOCAR
- SD. MENINGIAN SAU CEFALEE
- FEBRĂ
- ASTERIXIS

INVESTIGAȚII paraclinice
Imagistică, laborator

SIMPTOME PSIHICE
TULBURAREA CONŞTIINȚEI DE SINE ŞI MEDIU + TULBURAREA VIGILITĂȚII

DEZORIENTARE
TIMP PERSOANĂ



SPAȚIU **SITUAȚIE**

Anxietate cu nelinişte motorie vizuale, tactile +/- halucinații sau

Obnubilare cu inhibiție motorie

Caz L.B., 50 ani, sex masculin.

Medicul psihiatru este chemat în consult la serviciul de interne unde L.B. este internat de 4 zile cu o bronhopneumonie. S-a constatat că nu se mai poate comunica bine cu pacientul, care nu răspunde adecvat la întrebări, vorbeşte singur, uneori neinteligibil, păstrează uneori timp îndelungat aceeaşi poziție bizară, cu privirea în gol, cu refuz alimentar.

L.B. este miner. Copilăria şi istoria vieții nu e marcată de evenimente deosebite somatice şi psihice. E căsătorit, are trei copii, soția casnică. A fost o fire sociabilă. Obişnuia, după tura în mină, să consume alcool cu colegii, fără a ajunge însă în stare de ebrietate şi având un comportament adecvat social. Fumează un pachet/zi. La 40 de ani a avut o comoție cerebrală fără urmări deosebite. Înaintea de îmbolnăvirea actuală, singurul fapt ce se putea semnala era că arăta mai îmbătrânit decât în mod obişnuit bărbații de 50 de ani; de asemenea, potența începuse să scadă.

În condițiile unei expuneri deosebite la intemperii, pacientul face o bronhopneumonie care nu ridică probleme deosebite de diagnostic medical. S-a început şi tratamentul antibiotic. Pacientul se alimentează însă cu greutate. Temperatura este de 40°. În acest context, starea psihică se modifică. Pacientul exprimă suferință. Privirea nu se mai "leagă" de obiectele şi persoanele din jur. Apoi, false recunoaşteri de persoane. Pacientul nu răspunde totdeauna adecvat la întrebări. Confundă ziua, luna şi anul în care se află; nu ține minte informațiile care i se dau, nu ştie întotdeauna nici unde se află. Vorbeşte deseori singur, încet, bolborosind ceva lipsit de coerență. Se preocupă desfăcând (deşirând) cu degetele pijamaua. Alteori priveşte neliniştit în jur, vrea să se scoale, să plece, dar recade pe pat. Alteori, stă nemişcat, cu privirea în gol, în poziție bizară, opunându-se mobilizării, refuzând alimentele.

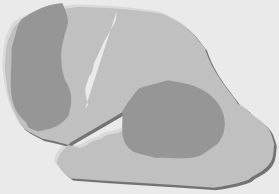
DEFINIȚIA DEMENȚEI

deteriorare
- globală a psihismului
- dobândită
- progresivă
- spontan ireversibilă

alterând
funcțiile intelective
viața afectivă
conduita socială

acompaniindu-se în final de deteriorare somatică:
caşexie, incontinență sfincteriană

Sd. demențial general
Sd. demenței Alzheimer
Sd. demenței Pick
Sd. demenței vasculare



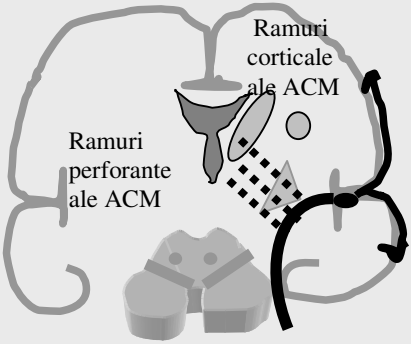
DEMENȚĂ

ANTERIOARĂ	POSTERIOARĂ
Pick	Alzheimer
afectează personalitatea şi comportamentul	Afectează funcțiile cognitive
- abulie	- tulb. de memorie
- apatie	apoi Sd. celor 3 A
- euforie sau iritabilitate	- afazie
- labilitate	- agnozie
- dezinhibiție	- apraxie

DEMENȚĂ CORTICALĂ	DEMENȚĂ SUBCORTICALĂ
Alzheimer:	**Parkinson:**
	Lacunarism:
- tulb. mnezice	- tulb. motorii
- afazie	- dizartrie
- apraxie	- lentoare
- agnozie	- depresie

DEMENȚA VASCULARĂ

Tip: lacunarism	multiinfarct
Infarcte: lacunare	corticale
cauza: HTA	ateroscleroza
examinări: FO, CT	profil lipidic



ACM = artera cerebrală medie, FO = fund de ochi, CT = tomografie computerizată

ALGORITM DIAGNOSTIC ÎN FAȚA UNUI SINDROM DEMENȚIAL

SIMPTOME	SINDROMUL DEMENȚIAL		
SEVERITATE	UŞOR capabil să îndeplinească sarcini simple	MEDIU trebuie asistat la îndeplinirea sarcinilor simple	SEVER dependență completă de îngrijitori
EVOLUȚIE	PROGRESIV IREVERSIBILĂ	TEMPORARĂ DEPRESIE DELIRIUM	
ETIOLOGIE	DEMENȚE DEGENERATIVE ❑ PRIMARE Alzheimer Pick ❑ SECUNDARE b. Parkinson Coreea Huntington	DEMENȚE VASCULARE ❑ Demența multiinfarct ❑ Lacunele = infarcte mici în capsula internă, talamus şi ganglionii bazali ❑ Infarctele strategice ❑ Boala Binswanger	ALTE DEMENȚE ❑ proces expansiv ❑ infecții - sifilis III - HIV - Creutzfeldt Jakob ❑ metabolice - deficit B1 - boli hepatice - uremie - hipoglicemie ❑ endocrine: - mixedem ❑ toxice: alcool ❑ anoxice: IC, IR ❑ traumatism ❑ hidrocefalie cu presiune normală

Caz P.I., 70 ani, sex feminin,

Adusă la spital de familie pentru că în ultima vreme a început să-i acuze că o fură. Iese pe balcon şi strigă după hoţi.

Pacienta este cooperantă, calmă, nu ştie de ce este în spital şi spune că se simte foarte bine. Când se pune problema unui eventual prejudiciu, ea povesteşte cum, nu demult, un vechi prieten al soţului ei a sosit în vizită la ei şi, deşi a fost bine primit şi găzduit, a început să fure lucruri din casă. Pacienta este convinsă de acest lucru, motiv pentru care a început să revendice de la oaspete lucrurile furate (bibelouri, tacâmuri, macrameuri). Devine certăreaţă şi revendicativă şi faţă de familie pe care o acuză că îi fură o serie de acte de proprietate. Rugată să dea relaţii despre soţul său, pacienta nu-şi mai aminteşte decât numele acestuia. Acelaşi lucru se repetă când e rugată să furnizeze datele biografice proprii. Nu-şi mai aminteşte vârsta sa, locul de naştere, numele fraţilor şi surorilor ei. Nu ştie în ce oraş, judeţ şi la ce spital, etaj sau salon se află. Nu reţine cuvintele pe care e rugată să le memoreze. Nu poate să facă calcule sau să copieze o figură după model. Cu toate acestea, pacienta nu pare deranjată de deficitul mnezic. Zâmbeşte şi e cooperantă.

Examenul obiectiv somatic pune în evidenţă tegumente şi mucoase palide, ţesut celular subcutanat slab reprezentat, suflu sistolic în focarul mitral, reflex osteo-tendinos viu la membrul inferior stâng, semnul Babinski la membrul inferior stâng, incontinenţă sfincteriană.

Tomografia computerizată evidenţiază o atrofie corticală difuză. După trei săptămâni de la internarea pentru precizare de diagnostic, starea pacientei rămâne staţionară.

TULBURĂRI INDUSE DE ALCOOL

Psihiatrice

1. intoxicaţia (+/- delirium)
2. reacţia de sevraj (+/- delirium tremens)
3. Sd. amnestic (Korsakov)
4. demenţă
5. tulburări afective (depresie)
6. tulburări anxioase
7. tulburări psihotice (halucinoza alcoolică sau delir de gelozie)
8. tulburări de somn
9. disfuncţii sexuale
10. suicid

Somatice

11. varice, cancer esofagian
12. Sd Mallory-Weiss gastrită , ulcer gastro-duodenal
13. pancreatită
14. steatoză, hepatită, ciroză
15. polineuropatie periferică
16. encefalopatia Wernicke
17. epilepsie
18. anemie macrocitară
19. imunitate deficitară cu risc mare pentru pneumonie, TBC
20. cardiomiopatie dilatativă
21. contractură Dupuytren
22. hipoglicemie, cetoacidoză hiperlipidemie, hiperuricemie
23. carenţă vitaminică B1 şi B6
24. traumatisme

DEPENDENŢA DE ALCOOL

1.consum în cantităţi şi pe perioade mai mari decât ar dori subiectul
2.continuarea consumului în ciuda efectelor nocive ale acestuia
3.dorinţă şi încercări eşuate de a înceta consumul
4.toleranţă
5.reacţie de sevraj la întreruperea consumului
6.cheltuirea timpului pentru obţinerea şi consumul de alcool
7.întâietatea alcoolului faţă de familie sau carieră

! reluarea consumului de alcool după o perioadă de abstinenţă determină recăderea („un pahar e prea mult, iar o mie nu sunt suficiente”- AA)

DELIRIUM TREMENS apare la un alcoolic cu dependenţă biologică după 3 zile de la sevrajul brutal:
- stare confuzională cu dezorientare temporo-spaţială +/- halucinaţii vizuale şi tactile zoomorfe micropsice, scene onirice, anxietate, nelinişte psihomotorie, reacţie de apărare, insomnie asociate cu
- transpiraţii, vărsături însoţite de deshidratare şi oscilaţii tensionale, tahicardie, tremurături, midriază hiperpirexie +/- convulsii

Caz C.L., 47 ani, sex masculin, frizer.

Este adus în serviciul de urgența psihiatrică de către soție, care constată că în ultimele nopți nu a mai dormit, nu mai poate comunica normal cu el, vorbeşte uneori de neînțeles, parcă vede anumite lucruri care nu există.

La primul consult pacientul are un aspect dezordonat. Facies cu teleangiectazii. Transpiră abundent, tremură. Nu priveşte interlocutorul în ochi, parcă priveşte cu atenție într-o direcție ca şi cum ar vedea ceva pe care medicul nu îl vede. Uneori face mişcări de parcă ar lua de pe corpul său ceva ar arunca. Contactul se stabileşte dificil. Este dezorientat temporo-spațial şi mnezic, cu false recunoaşteri. Mimica anxioasă, exprimă repulsie. Din vorbirea pacientului rezultă că e preocupat de "gândacii şi şerpii care se urcă pe el şi de care ar dori să scape". La examenul somatic limba este prăjită, ficatul la 3 degete sub rebord cu dureri la apăsarea moleților.

S-a dezvoltat într-o familie cu un tată alcoolic şi o mamă dominatoare, care a căutat să-i domine pe toți din casă. Fratele mai mare a fugit de acasă la 15 ani, stabilindu-se la nişte rude şi neținând legătura cu familia. Pacientul s-a dezvoltat ca un om fără voință, dependent de alții, nesigur de sine, emotiv. După o şcolarizare mediocră, se califică frizer. Încă din perioada calificării a ajuns să consume alcool, împreună cu colegii de serviciu da şi singur uneori. Apoi, consumul de alcool a devenit constant, cu toate reproşurile soției. A încercat de mai multe ori să renunțe la alcool, fără a reuşi. Bea şi pentru ca "să nu-i mai tremure mâinile", spune pacientul.

Cu 5 zile înainte de internare, face o gripă pentru care stă la pat 2 zile. În această perioadă şi cea următoare întrerupe consumul de alcool. După trecerea febrei, rămâne astenic, fără poftă de mâncare. Nu mai doarme noaptea. Şi, astfel, noaptea, în loc de somn, apare o stare de dezorientare, cu uşoară nelinişte şi diverse "viziuni". Mai ales, vede animale care-l atacă sau se urcă pe el. Cu o zi înainte de internare, această "dezorientare" şi nelinişte persistă şi ziua. Nu mai nimereşte în camera sa, îşi confundă soția cu o rudă îndepărtată. Vorbeşte uneori de neînțeles. Nu răspunde la toate întrebările. Se comportă ca şi cum ar vedea lucruri pe care cei din jur nu le văd. Nu se alimentează. Transpiră abundent, are febră 40°. Familia, alarmată, cheamă salvarea să-l ducă la spital.

ÎNTREBĂRI:

Pacientă de 54 de ani diabetică, este adusă la secția de urgențe medicale în comă hipoglicemică. La trezirea din comă pacienta prezintă grave tulburări mnezice. I se face o tomografie computerizată care evidențiază o atrofie corticală uşoară şi o formațiune hipodensă în lobul occipital. În plus se constată tulburări de câmp vizual. După ieşirea din comă şi reechilibrarea metabolică, pacienta este transferată la secția de neurologie. Sunteți chemat să o examinați dar constatați că tulburările memoriei de evocare sunt încă prezente, pacienta spunând că înainte de a-şi pierde cunoştința a amețit. Pacienta poate scrie dar nu poate citi nimic oricât de mari sunt literele. Una din fiicele ei o vizitează şi constatați împreună cu aceasta, că pacienta nu poate da relații despre familia proprie. În decurs de câteva zile pacienta îşi recapătă treptat memoria. Opțiunea diagnostică cea mai probabilă este:

a) Demență vasculară
b) Accident vascular cerebral în teritoriul arterei cerebrale posterioare
c) Tumoră cerebrală occipitală
d) Encefalopatie metabolică corelată cu hipoglicemia
e) Traumatism cranio –cerebral cu hematom în zona occipitală

Diagnosticul pozitiv îl puneți în funcție de:

a) evoluția tulburării de memorie
b) rezultatul tomografiei computerizate
c) boala de fond a pacientei (diabet zaharat insulino-dependent)
d) proba scrisului şi a cititului
e) semne de hipertensiune intracraniană

Un pacient hipertensiv în vârstă de 65 de ani este internat în clinica de psihiatrie şi obține un scor de 24 de puncte (din 30) la examenul minimal al stării mentale (mini mental state examination). Peste câteva zile scorul creşte la 26 (scorul normal pentru vârsta lui şi nivelul său de pregătire este de 28). Cum explicați această creştere a scorului ?

CAPITOLUL IV. MANAGEMENTUL PACIENTULUI CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ

CUPRINS:

- STRATEGII TERAPEUTICE MEDICAMENTOASE ŞI NEMEDICAMENTOASE
- PROGRAME DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ
- AUTO ŞI HETEROAGRESIVITATEA PACIENȚILOR PSIHICI

OBIECTIVE DIDACTICE :

1. ÎNSUŞIREA EFECTELOR TERAPEUTICE ŞI SECUNDARE ALE MEDICAȚIEI PSIHOTROPE ÎN STRÂNSĂ CORELAȚIE CU MECANISMUL DE ACȚIUNE

2. ÎNVĂȚAREA PRINCIPIILOR DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ A BENEFICIARILOR SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ

3. CUNOAŞTERE ASPECTELOR PRACTICE LEGATE DE POSIBILITĂȚILE DE AUTO ŞI HETEROAGRESIUNE A PERSOANELOR CU PROBLEME DE SĂNĂTATE MINTALĂ

IV.1.TRATAMENTUL MEDICAMENTOS ÎN PSIHIATRIE

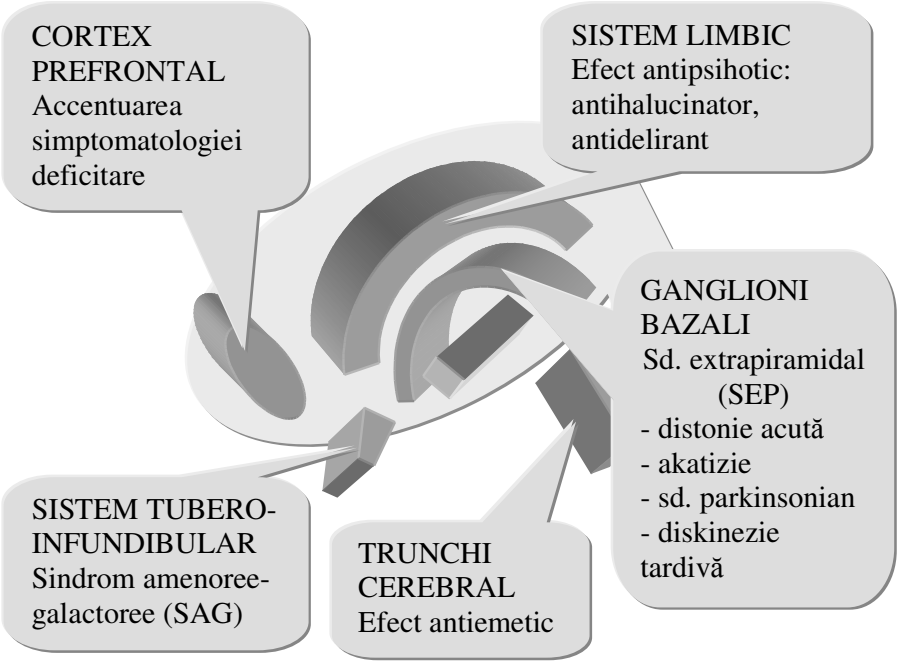
MEDICAȚIA PSIHOTROPĂ:

1. NEUROLEPTICE
2. ANTIDEPRESIVE
3. ANXIOLITICE ŞI HIPNOTICE
4. ANTICOLINESTERAZICE şi NOOTROPE

- Etiopatogenia tulburărilor psihice nu este lămurită şi deci tratamentul cu medicație psihotropă (deşi este fundamentat teoretic) rămâne **simptomatic** determinând la cazurile respondente o remisiune ad integrum sau parțială, cu precizarea că recurențele sunt mereu posibile chiar sub un tratament de întreținere urmat cu conştiinciozitate. Diagnosticul diferențial al tulburării psihice față de o altă tulburare organică este important pentru a nu trata simptomatic şi întârzia diagnosticul unei boli organice severe manifestate prin simptome psihice (de exemplu o tumoră cerebrală)
- Neurolepticele şi antidepresivele nu dau dependență biologică. Întreruperea tratamentului neuroleptic sau antidepresiv se poate însoți de recădere sau recurență. Majoritatea anxioliticelor şi hipnoticelor pot da **dependență biologică** dacă sunt administrate în doze mari timp îndelungat.
- **Efectele secundare şi interacțiunile medicamentoase** sunt multiple. De aceea ele trebuie cunoscute şi prevenite sau combătute. Administrarea medicației psihotrope ar trebui făcută doar după o anamneză şi un examen obiectiv somatic minuțios făcute.
- Datorită efectelor secundare medicația psihotropă se va administra în **doze progresiv crescânde**, se va menține o anumită perioadă doza eficientă datorită riscului de recurență, apoi **reducerea dozelor se va face treptat** pentru a preveni reacția de sevraj sau de rebound dopaminergic sau serotoninergic.
- Nootropele au efecte trofice cerebrale şi de favorizare a plasticității neuronale iar anticolinesterazicele previn degradarea acetilcolinei, mediator cu rol important în atenție, memorie şi motivație, dar sunt utile numai în stadiile precoce ale demențelor, în cazul în care acestea sunt depistate.
- Tratamentul cu psihotrope se poate face în spital sau în ambulator în conjuncție cu psihoterapia şi socioterapia.

NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE)

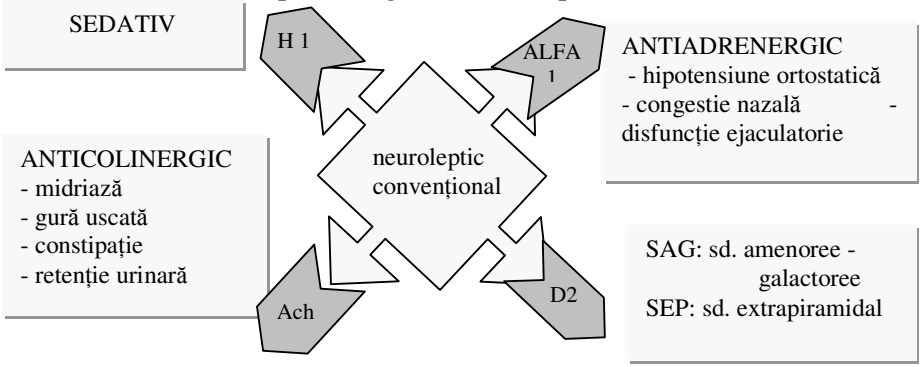
Efectele neurolepticelor asupra SNC prin antagonizarea receptorilor dopaminergici



Descoperirea medicaţiei antipsihotice (neurolepticele) la jumătatea secolului 20 a fost de o importanţă deosebită deoarece a permis ca tratamente violente de tipul: duşuri, come insulinice, cămăşi de forţă şi electroşocuri să ţină de domeniul trecutului. Electroşocurile (tratamentul elecroconvulsivant – TEC) sunt astăzi folosite doar în ultimă instanţă, atunci când tratamentul medicamentos corect indicat şi administrat nu este eficient.

Neurolepticele sunt utilizate în psihiatria adultului pentru efectele: antipsihotic (antihalucinator, antidelirant -NL incisive), sedativ (în caz de agitaţie psihomotorie şi anxietate psihotică -NL sedative), dinamizant (NL bimodale) şi de ameliorare a funcţiilor cognitive (NL atipice).

Principalele efecte secundare ale neurolepticelor convenționale (prin antagonizarea receptorilor):

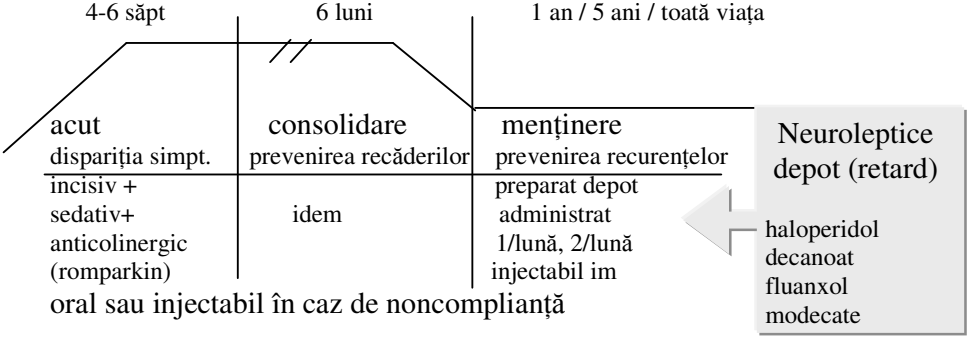


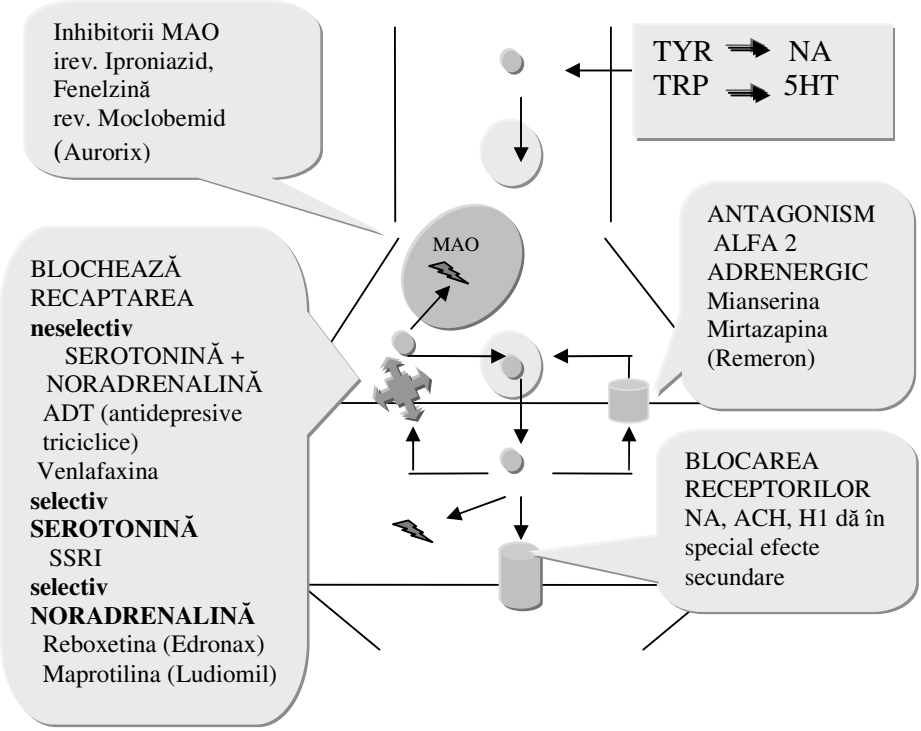
CLASIFICARE:

CONVENȚIONALE	ATIPICE
SEDATIVE	Clozapina
Clorpromazina	Olanzapina
Levomepromazina	Risperidona
Tioridazin	Quetiapina
INCISIVE	BIMODALE
Haloperidol	
Flufenazină(Modecate)	Sulpirid
Trifluoperazin	Amisulprid
Flupentixol (Fluanxol)	

SIMPTOME POZITIVE:
I N. convențional (biterapie)
Eşec sau SEP atunci
II N. atipic (monoterapie)
Ex. Olanzapină
Risperidonă
Eşec sau SEP
III CLOZAPINĂ
Eşec
IV TEC
SIMPTOME NEGATIVE
N. BIMODAL SAU ATIPIC

Strategia unui tratament antipsihotic





În depresie se constată un deficit de noradrenalină şi serotonină la nivelul sinapselor cerebrale. Antidepresivele corectează aceste deficite acționând prin:

a) inhibarea pompelor de recaptare a neuromediatorilor
b) antagonizarea receptorilor alfa 2 presinaptici inhibitori
c) inhibarea enzimelor MAO din mitocondrii

În funcție de mecanismul de acțiune, antidepresivele pot avea efect:

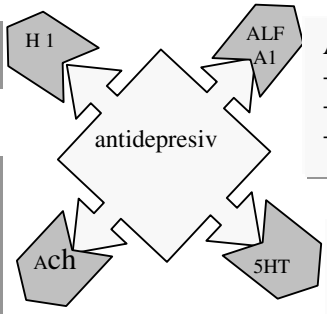
- antidepresiv dinamizant (utilizate în depresia cu inhibiție psihomotorie - cu noradrenalină scăzută)
- antidepresiv sedativ (utilizate în depresia anxioasă - cu serotonină scăzută)

Creşterea cantității de neuromediator în fanta sinaptică determină în decurs de 2 săptămâni reducerea compensatorie a numărului de receptori postsinaptici ai neuromediatorului respectiv eveniment corelat cu debutul efectului antidepresiv

Blocarea receptorilor postsinaptici poate determina efecte secundare sau poate proteja de unele efecte secundare serotoninergice (greață, vărsături, cefalee, insomnie, nelinişte, tremor, disfuncție sexuală – date în special de SSRI):

SEDATIV

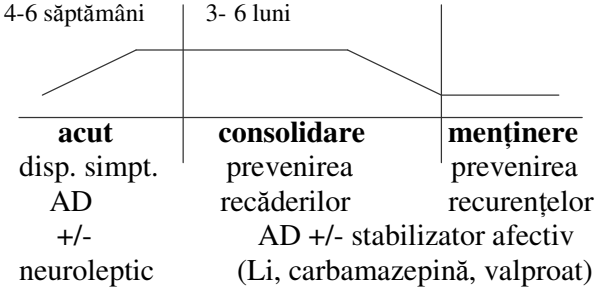
ANTICOLINERGIC
- midriază
- gură uscată
- constipație
- retenție urinară



ANTIADRENERGIC
- hipotensiune ortostatică
- congestie nazală
- disfuncție ejaculatorie

BLOCAREA REC. $5HT_2$ ŞI $5HT_3$ cu efect protector

Strategia unui tratament antidepresiv



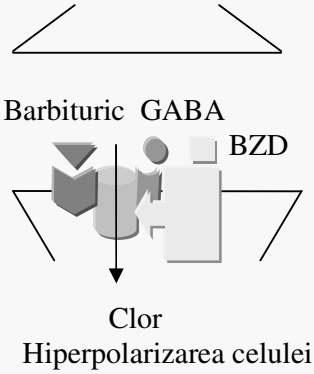
ATENȚIE
! efect antidepresiv după 2 săptămâni
! pasaj la act (sinucidere)
! viraj maniacal
! scăderea pragului convulsivant
! efectul cardiotoxic (Sd. chinidinic)

CLASIFICARE CLINICĂ

DINAMIZANTE
I MAO
ADT desipramină
nortriptilină

INTERMEDIARE
ADT imipramină
clomipramină
mianserina,
maprotilina
SSRI (Zoloft, Prozac, Fevarin, Seroxat)
trazodon
venlafaxina,
mirtazapina

SEDATIVE
ADT amitriptilină
trimipramină
doxepin



EFECT

ANXIOLITIC
= antianxios
TRANCHILIZANT
= liniştire, ataraxie
SEDATIV
= scăderea vigilității
= somnolență
HIPNOTIC
= inducerea somnului

GABA este principalul neuromediator inhibitor al SNC. Acționând pe receptorii săi, GABA deschide canalele de clor. Pătrunderea sarcinilor negative de clor în celulă va determina hiperpolarizarea celulei făcând-o neresponsivă la stimulare. Benzodiazepinele potențează legarea GABA de receptorii săi iar barbituricele acționează direct pe canalele de clor.

CLASIFICARE

ANXIOLITICE

BZD	non BZD
Alprazolam	Buspironă
Diazepam	Meprobamat
Bromazepam	Hidroxizin
Oxazepam	

HIPNOTICE

BZD	non BZD
Nitrazepam	*Imovane*
Flunitrazepam	*Stilnox*
Temazepam	Barbiturice
Triazolam	Gluthetimid

EFECTELE ŞI INDICAȚIILE BZD

ANXIOLITIC
(anxietate paroxistică şi generalizată)

MIORELAXANT
(anxietate generalizată)

HIPNOTIC
(insomnii)

ANTICONVULSIVANT
(status epilepticus)
(mioclonii)

Efectele secundare ale benzodiazepinelor

DEPENDENȚĂ PSIHOLOGICĂ ŞI BIOLOGICĂ
la administrare în doze mari, timp îndelungat

SEDARE SAU REACȚIE PARADOXALĂ cu delirium sau agitație la bătrâni
Se contraindică consumul concomitent de ALCOOL

BENZO DIA ZEPINE

HIPOTONIE MUSCULARĂ cu scăderea timpilor de reacție
risc de accidente circulație
Se contraindică în miastenia gravis

SCĂDEREA RĂSPUNSULUI LA CO_2
Se contraindică în insuficiența respiratorie şi apneea nocturnă

AMNEZIE ANTEROGRADĂ
Se indică în preanestezie

Se contraindică în GLAUCOMUL CU UNGHI ÎNCHIS

$T_{1/2}$ sub 5h
Midazolam
Triazolam

$T_{1/2}$ 5-24h
Alprazolam
Lorazepam
Temazepam

$T_{1/2}$ peste 24h
Diazepam
Clonazepam
Nitrazepam
Flunitrazepam

Risc mai mare de dependență
Sevraj mai rapid
Sevraj mai brutal

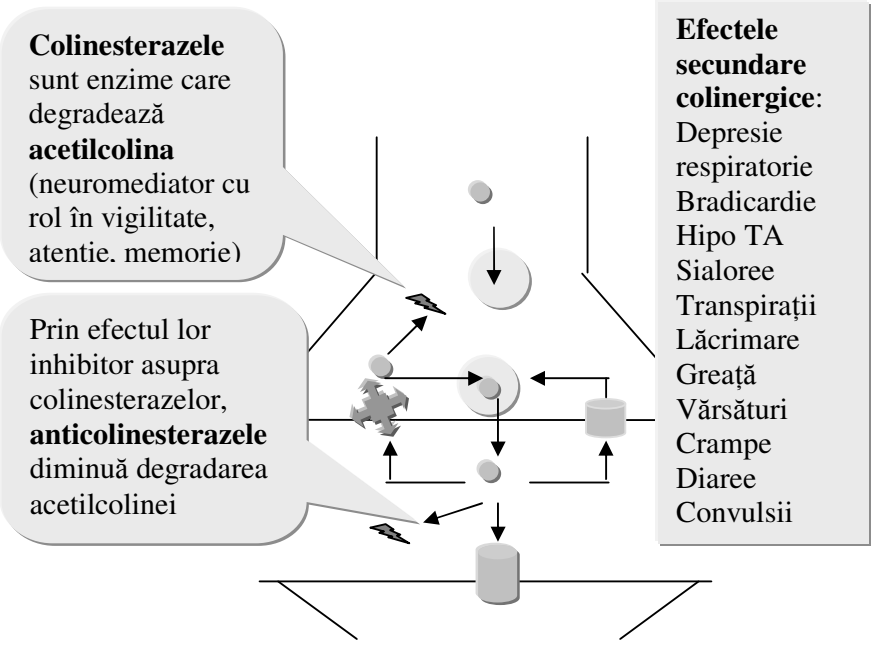
SEVRAJUL LA BZD
Delirium (stare confuzională)
Tremurături, convulsii
Anxietate
Nelinişte psihomotorie
Insomnie

REGULILE TRATAMENTULUI CU BENZODIAZEPINE (BZD)

1. tratament de scurtă durată (3 săptămâni, maximum 3 luni)
2. tratament discontinuu în cazul folosirii unui preparat
3. doza mai mare se dă seara
4. evitarea asocierii cu alcoolul
5. scăderea treptată a dozelor

ANTICOLINESTERAZICELE

CLASIFICARE		
TACRINE (COGNEX)	RIVASTIGMINĂ (EXELON)	DONEPEZIL (ARICEPT)
Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază şi butirilcolinesterază	Inhibitor neselectiv de acetilcolinesterază şi butirilcolinesterază	Inhibitor selectiv de acetilcolinesterază
Efecte secundare sistemice colinergice	Efecte secundare sistemice colinergice	Acțiune mai ales centrală
Acțiune scurtă 4 prize zilnice	Acțiune intermediară 2 prize zilnice	Acțiune lungă o priză zilnică
Interacțiuni medicamentoase : da	Interacțiuni medicamentoase : nu	Interacțiuni medicamentoase : da
Eficiență: în fazele PRECOCE ale demenței Alzheimer, atât timp cât mai există neuroni colinergici în nucleul bazal al lui Meynert		



Mecanismul de acțiune al anticolinesterazelor la nivelul neuronilor colinergici

PSIHOTERAPIILE

TIP	DESCRIERE	INDICAȚII
Intervenția în criză (criza: deces, divorț, catastrofă naturală, etc.)	Utilizarea unor tehnici de rezolvare a problemelor cu scopul de a determina o adaptare eficientă în prezent dar şi în viitor. Criza poate provoca o schimbare din partea pacientului sau poate dezvălui modalități adecvate de reacție la stressori ulteriori	Tratamentul este scurt şi intensiv • Reacții psiho-patologice
Terapia suportivă	Inițiată alături de medicația psihotropă, constă în ascultarea empatică, sfătuirea încurajarea, pacientului cu mențiunea că pacientul va fi întotdeauna cel care ia deciziile în ceea ce îl priveşte!	Nu necesită pregătire specială din partea terapeutului
Psihanaliza **! este contraindicată în psihoze (schizofrenie sau tulburări afective periodice)**	Analistul îl ajută pe pacient să-şi conştientizeze conflictul intrapsihic generator de simptome prin interpretarea asociațiilor libere (pacientul întins pe canapea, fără a-l vedea pe analist, vorbeşte liber şi fără rezerve despre ceea ce îi vine în minte atunci), a viselor, fanteziilor, transferului (asupra analistului a emoțiilor legate de persoane cu care subiectul a avut în trecut relații) sau a comportamentului adoptat de pacient în timpul sau în afara şedințelor	Tratamentul este lung şi costisitor (mai multe şedințe săptămânale, timp de câțiva ani). Pacientul trebuie să fie bine motivat şi dispus să vorbească • Nevroze
Terapia cognitivă	Se bazează pe ideea conform căreia comportamentele maladaptative sunt consecința unor distorsiuni de gândire de unde şi necesitatea recunoaşterii şi corectării acestora din urmă. Sunt examinate gândurile ilogice, stereotipe şi de multe ori inconştiente cu ajutorul jurnalelor (pacientul trebuie să scrie ce gândeşte în anumite situații) oferindu-se alternative.	Durata este scurtă (15-20 şedințe în 3 luni) • Depresie nepsihotică (triada Beck) • Anxietate • Toxicomanii

Terapia comportamentală	Terapeutul încheie un contract terapeutic cu pacientul având ca obiectiv modificarea acelor modele comportamentale învățate care sunt maladaptative (generatoare de simptome psihopatologice). Se recurge la analiza comportamentului pacientului utilizând jurnale întocmite de acesta. Tehnicile se bazează pe - condiționarea clasică: expunere treptată (desensibilizarea sistematică) sau brutală (flooding) la agentul anxiogen concomitent cu însuşirea unor tehnici de relaxare (training autogen) sau utilizare de medicamente anxiolitic - condiționarea operantă	Durata în timp este limitată (luni de zile până la un an) • Fobii • Bulimie • Disfuncție sexuală • Boli în care manifestarea simptomelor e influențată de stres: HTA, astm, durere
Terapia familială sistemică	Familia este concepută ca un sistem aflat în permanentă schimbare (formarea sa, apariția copiilor, plecarea lor) şi interacțiune cu mediul exterior. Intervenția nu este centrată pe membrul familiei care prezintă simptome de boală, ci pe relațiile disfuncționale care se stabilesc între membrii familiei (coaliții, dublă legătură) în încercarea lor de a se adapta şi de a menține sistemul familial în echilibru. Analiza şi explicarea interacțiunilor dintre membrii familiei are scopul de a: - restabili ierarhii clare între aceştia - determina renunțarea la modelele disfuncționale de relaționare între membrii sistemului familial - ameliora comunicarea între aceştia - echilibra tendințele de coeziune sau de individualizare excesivă	Şedințe de aprox 2 ore, o dată pe săptămână, durată limitată în timp • La copil şi adolescent: tulburări de conduită, refuz şcolar, enurezis, anorexie • criză familială (doliu, divorț...) • terapie adjuvantă în schizofrenie, toxicomanii

Terapiile de grup	Se bazează pe ideea că cel mai important factor terapeutic este grupul însuşi (prin coeziune şi interacţiuni între participanţi). Alţi factori terapeutici: - speranţa insuflată restului grupului de cei care au beneficiat cu succes de terapie - învăţare din interacţiunea cu ceilalţi membri ai grupului - posibilitatea exprimării libere a emoţiilor şi observarea feedback-ului din partea grupului - schimburi de informaţii între membrii grupului în - parte cu rol psihoeducaţional sau de conştientizare a faptului că experienţa de boală nu este ceva individual ci se regăseşte şi la ceilalţi membrii (universalitatea problemelor) Grupuri de alcoolici (Alcoolicii Anonimi) Grupuri multifamiliale (familiile pacienţilor psihotici) Grupuri de pacienţi psihotici Grupuri de bolnavi cu cancer, infarct miocardic, diabet, etc. Psihodramă	Şedinţe de grup de o oră şi jumătate o dată sau de două ori pe săptămână Se fac în scop psihoeducaţional (oferirea pacienţilor sau familiilor acestora de informaţii despre boală sau tratament) sau de autoajutor Frecvent aceste terapii sunt utilizate de persoane fără formaţie medicală şi de aceea sunt uneori privite cu rezervă de psihiatrii

ATENŢIE !

INIŢIEREA UNUI TRATAMENT PSIHOTERAPIC TREBUIE FĂCUTĂ DOAR LA INDICAŢIA MEDICULUI PSIHIATRU DUPĂ CE ACESTA A ELIMINAT ORICE CAUZĂ ORGANICĂ CARE SĂ EXPLICE SIMPTOMELE PSIHICE

ÎNTREBĂRI:

1. Un pacient cu demenţă Alzheimer însoţită de nelinişte psihomotorie se trezeşte noaptea, iese din salon pe coridor şi nu-şi mai regăseşte apoi salonul. Intră în alte saloane, trezeşte pacienţii producând multă gălăgie. Acestui pacient i se administrase în prealabil pentru nelinişţea psihomotorie un anxiolitic. Alegeţi varianta cea mai probabilă ;
   a) meprobamat
   b) alprazolam
   c) diazepam
   d) midazolam (Dormicum)
   e) bromazepam (Calmepam)

2. Un medic cu insomnie de adormire, crampe musculare şi nelinişte psihomotorie îşi autoadministrează Alprazolam pentru crize de anxietate paroxistică cu tremor, palpitaţii, dispnee, senzaţie de lipsă de forţă în picioare. În ultima săptămână şi-a crescut doza la 3mg/zi (doză uzuală în atacul de panică). Deoarece consideră că a luat prea mult şi îi este frică să renunţe la Alprazolam pentru că altfel face crizele respective, se hotărăşte să consulte un medic psihiatru pe motiv că a ajuns dependent de Alprazolam. Psihiatrul trebuie să-l lămurească de faptul că nu e dependent pentru că:
   a) ar fi trebuit să fi luat luni de zile 3mg/zi Alprazolam
   b) atacul de panică nu seamănă cu reacţia de sevraj
   c) Alprazolamul nu dă dependenţă biologică
   d) Sevrajul implică prezenţa stării confuzionale
   e) Atacurile de panică sunt recurente, imprevizibile şi nu au legătură cu sevrajul, ci se constituie într-o boală numită tulburare de panică

3. Un pacient cunoscut cu schizofrenie paranoidă este adus la secţia de urgenţe medicale prezentând o deviaţie conjugată a globilor oculari în sus însoţită de contractură musculară susţinută. Se va administra:
   a) Haloperidol
   b) Romparkin
   c) Diazepam
   d) Plegomazin
   e) Fluanxol

IV.2. PROGRAME DE REABILITARE PSIHO-SOCIALĂ(R.P.S.)

Una din preocupările terapeutice contemporane este legată de reabilitarea şi reinserția comunitară a persoanelor cu dizabilități psihice. Viziunea este de (re)integrarea socio-profesională a tuturor categoriilor de cetățeni, acest demers-profund uman- constituind unul din reperele lumii civilizate.

Reabilitarea psiho-sociala cuprinde ansamblul măsurilor de îngrijire a persoanei cu probleme de sănătate mintală de lungă durată în vederea reîntoarcerii beneficiarului în societate. Programele de R.P.S. se adresează în special beneficiarilor(sau foştilor beneficiari) ai serviciilor de sănătate mintală, cărora după o perioadă de îngrijiri curative adecvate o inserție sau o reinserție socială şi profesională adecvată apare ca fiind problematică, dar pentru care putem spera într-o evoluție pozitivă într-un timp mediu.

Programele de reabilitarea psiho-socială sunt concepute pentru a întări abilitățile şi deprinderile necesare indivizilor în aşa fel încât să vină în întâmpinarea nevoilor rezidențiale, vocaționale, de socializare şi de dezvoltare personală ale acestora.

Reabilitarea psiho-socială presupune un demers plurimodal individualizat, de implicare şi de responsabilizare a pacientului în cadrul contextului său social, în aşa fel încât acesta să-şi poată recâştiga drepturile şi capacitățile prin:

- posibilitatea de a avea o locuință proprie, mai mult sau mai puțin protejată, în funcție de nevoi, dar care să se constituie într-un spațiu existențial privat;
- posibilitatea de a participa la producerea de bunuri, recompensa fiind aceea a obținerii unui statut de producător de valori sociale sau economice;
- posibilitatea de a avea acces la rețeaua de suport social şi de îngrijiri de sănătate.

Reabilitarea psihosocială a persoanelor cu probleme severe de sănătate urmăreşte trei tipuri de schimbări:

1) reducerea directă a dizabilității;
2) dezvoltarea unor noi abilități care să contracareze sau să compenseze afectarea care a generat dizabilitatea;
3) manipularea țintită a mediului, astfel încât acesta să crească în suportivitate şi să susțină o funcționare mai bună a persoanei.

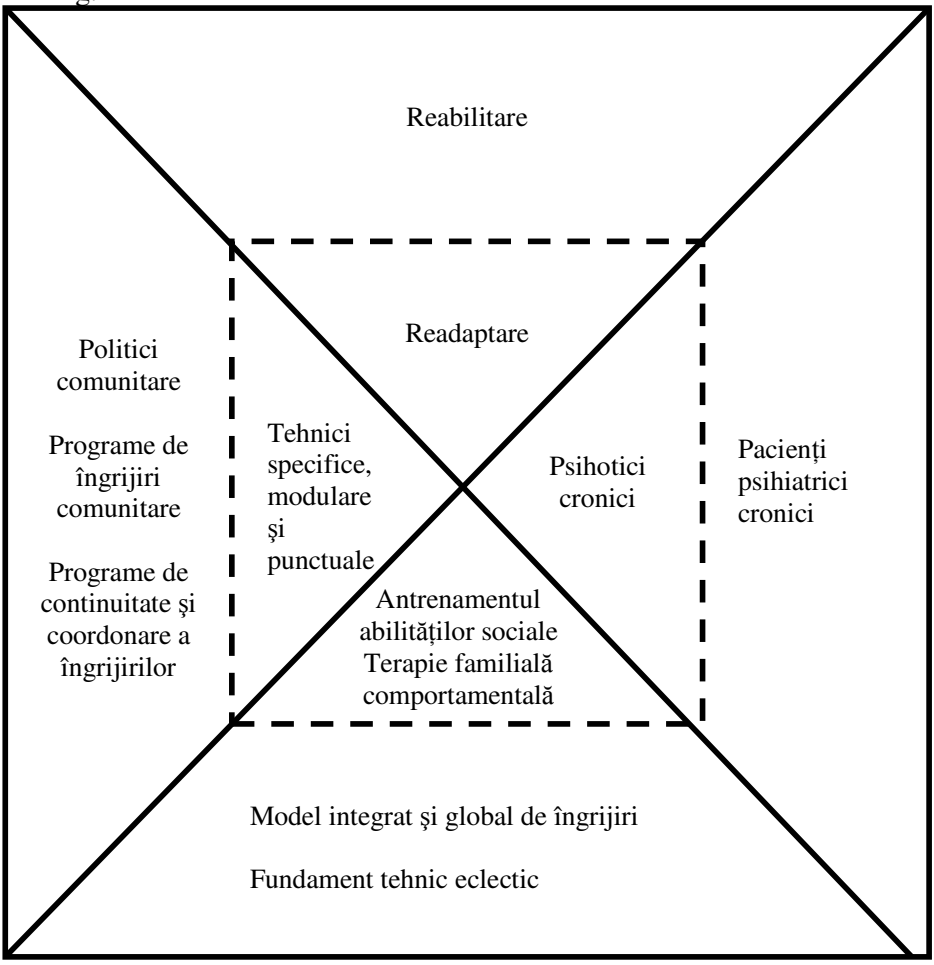
Fig.

Planul nr. 1	**Boală**	**TRATAMENT**	**Intervenție de tip medical**
Planul nr. 2	**Deficit**	**READAPTARE**	
Planul nr. 3	**Dizabilitate = limitarea activității**	**REINSERȚIE**	**REABILITARE**
Planul nr. 4	**Handicap/ Restricția participării**		**Intervenție comunitară**

Programele structurate de R.P.S. includ:

- evaluarea nevoilor beneficiarilor serviciilor de sănătate mintală;
- psihoterapii(individuale sau de grup);
- socioterapii;
- terapii vocaționale;
- programe psiho-educaționale
- servicii de suport locativ

Fig.


Reabilitare
Readaptare
Politici comunitare
Programe de îngrijiri comunitare
Programe de continuitate şi coordonare a îngrijirilor
Tehnici specifice, modulare şi punctuale
Psihotici cronici
Pacienţi psihiatrici cronici
Antrenamentul abilităţilor sociale
Terapie familială comportamentală
Model integrat şi global de îngrijiri
Fundament tehnic eclectic

IV.3. STAREA PSIHOPATOLOGICĂ CU PERICOL DE AUTO ŞI HETEROAGRESIUNE:

SUICIDUL ŞI PARASUICIDUL:

Tentativa suicidară se defineşte ca fiind un comportament în care intenția de a-şi lua viața e certă. El este un act de autoliză pregătit cu grijă, cu precauții pentru a nu putea fi salvat, lăsând deseori în urmă o scrisoare explicativă.

Suicidul poate apare frecvent la persoane care nu au fost etichetate în prealabil ca fiind bolnave psihic, dar sunt persoane vulnerabile sau se află în stări psihologice anormale intens reactive (eşec, pierdere a onorii şi a stimei de sine, etc.), de criză sau la pacienți cu boli letale (cancer, SIDA, etc.) care tot reactiv ajung la stări de disperare.

În afecțiunile psihiatrice, suicidul apare cel mai frecvent la pacienții cu:

- tulburări depresive,
- alcoolism cronic ,
- addicție la droguri
- schizofrenie,
- tulburări de personalitate, etc.

N.B.: **A întreba o presupusă persoană cu risc suicidar dacă are înclinații autodistructive nu face comportamentul suicidar mai probabil!**

Evaluarea si confirmarea ideilor suicidare constituie elemente vitale ale oricărei evaluări medico-psihiatrice!

Formulă de interviu pentru evaluarea ideilor suicidare:

1. *”Ați spus că sunteți deprimat; puteți să-mi spuneți cum simțiți această depresie?”*
2. *“Sunt momente când vă vine să plângeți?”*
3. *“Când vă simțiți așa ce gânduri vă trec prin minte?”*
4. *“Ați ajuns vreodată la punctul în care să şimțiți că, dacă lucrurile se prezintă în felul acesta nu mai merită să continuați?”*
5. *“Ați ajuns atât de departe încât să vă gândiți să vă luați viața?”*
6. *“V-ați făcut un plan în acest sens?”*
7. *“Intenționați să duceți până la capăt acest plan?”*
8. *“Există ceva care v-ar putea opri de la acest plan?”*

*”Ce credeti ca ar trebui facut acum?”

*”Ce planuri de viitor aveti?”

Factorii protectivi pot fi reprezentați de existența copiilor aflați în îngrijire şi uneori de convingerile religioase ale subiectului.

De asemenea sunt necesare evaluarea resurselor, a rețelei de suport social şi a capacităților de a face față stressului ale individului în cauză.

Factorii de risc:

- bolnavi cu diverse boli somatice letale/cronice (dureroase, etc.)
- diverse tulburări psihiatrice
- personalitatea impulsivă
- izolarea socială
- vârsta a treia
- şomaj
- unele profesii (ex. medici)

Risc este crescut în cazul pacienților disperați, lipsiți de speranță, fără planuri de viitor şi/sau cu idei/planuri suicidare.

CAVE! Tentativa suicidară constituie o urgență medicală şi necesită supraveghere responsabilă şi/sau internarea obligatorie!

PARASUICIDUL:

Parasuicidul reprezintă o tentativă suicidară mai mult demonstrativă, "la vedere", fiind menită să impresioneze anturajul, de obicei apărând reactiv. Metodele alese sunt de obicei nepericuloase, dar pot avea consecințe letale accidentale(ex. ingestia unor medicamente), deşi autorul nu a avut intenția suicidară fermă.

Deşi la o primă evaluare este dificil de diferențiat, parasuicidul are caracteristici opuse tentativei suicidare şi este de obicei în raport de 1/10 în raport cu suicidul realizat. El este mai frecvent la persoane cu tulburări de personalitate de tip histrionic, instabil-emotive, etc.

Estimarea riscului de repetiție a parasuicidului presupune evaluarea:

- gradului de impulsivitate
- implicarea / prezența altor persoane
- probabilitatea de a fi găsit în timp util
- solicitarea voluntară a ajutorului de specialitate
- modalitatea comiterii actului de autovătămare
- problemele actuale ale subiectului

ATITUDINEA TERAPEUTICĂ ÎN CAZUL BOLNAVULUI PSIHIC AGITAT, VIOLENT ŞI AGRESIV:

Bolnavi psihici pot prezenta stări de agitație psiho-motorie, cu manifestări violente şi/sau agresive(verbale sau fizice).

Aceste stări se pot întâlni în special la subiecții:

- cu tulburări severe de personalitate(ex. antisocialul)
- cu schizofrenie,
- cu manie coleroasă,
- dependenți de droguri, alcool, etc.

Medicul trebuie să facă față cu mult calm situației, liniştind anturajul şi păstrând o distanța suficient de mare față de bolnav, evitând totodată disputa cu acesta (pentru a nu se expune agresiunii). Este de preferat ca în măsura posibilităților să se constituie un cadru sigur atât pentru pacient cât şi pentru cei din jur(inclusiv echipa terapeutică). Evaluarea cazului este în acest caz scurtă(aproximativ 3-5 minute). Este de asemenea necesară solicitarea prezenței unui personal instruit pe ambulanțe şi în ambulator şi uneori prezența organelor de Poliție pentru a se putea reuşi contenționarea bolnavului şi sedarea sa rapidă, apoi transportarea acestuia la cea mai apropiată secție de psihiatrie.

N.B. In caz de contenție fizică medicul nu trebuie sa participe direct la actul respectiv!

În anticiparea probabilității unui comportament violent cel mai important indicator de evaluare îl constituie antecedentele de agresiune!

CAVE! Stările de agitație psiho-motorie constituie urgențe psihiatrice, care necesită prezența unui psihiatru capabil să ia decizii rapide privind atitudinile terapeutice, dar care să activeze în cadrul unei echipe complexe multidisciplinare de intervenție.

PROBLEMA BOLNAVULUI PSIHIC DENUMIT "PERICULOS":

Prin "bolnav psihic periculos" se înțelege acel bolnav psihic care este periculos pentru sine şi pentru alții, adică prin comportamentul său neadecvat poate provoca distrugeri de bunuri, rănirea sau chiar decesul altor persoane, sau să-şi provoace singur vătămări grave. Unii bolnavi psihici (de ex. unii pacienți suferind de schizofrenie, manie, farmacodependență, etc.) nu au conştiința bolii lor şi nici discernământul faptelor lor; astfel, ei neconsiderându-se bolnavi, refuză atât internarea, cât şi tratamentul, obligând societatea să ia măsuri de siguranță (tratament şi/sau internare obligatorie) împotriva voinței acestora.

SFATURI PRIVIND CONDUITA ÎN CAZUL PACIENȚILOR AGITAȚI SAU PERICULOŞI:

- AŞTEPTAȚI-VĂ ÎNTOTDEAUNA LA CEVA NEAŞTEPTAT
- INFORMAȚI-VĂ CÂT MAI BINE ASUPRA PACIENTULUI
- EFECTUAȚI EXAMINAREA STĂRII PSIHICE ASISTAT DE CINEVA
- PĂSTRAȚI-VĂ CONTROLUL ÎN ORICE SITUAȚIE
- ASIGURAȚI O ATMOSFERĂ DE LINIŞTE ŞI CALM
- CONTENȚIA FIZICĂ TREBUIE REALIZATĂ DE CĂTRE ECHIPA DE INFIRMIERI

CAVE: RISCUL ESTE MAXIM LA PERSOANELE CU ANTECEDENTE DE VIOLENȚĂ!!

- **ACTIVITĂȚI DIDACTICE:**

- ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:

1. *Care este punctul de plecare în stabilirea unui program terapeutic?*

……

……

2. *Care consideraţi că sunt şansele de reabilitare psiho-socială a unui pacient cu schizofrenie?*

……

……

3. *Care este părerea D-voastră asupra suicidului?*

……

……

- EXERCIȚII:

1. Enumeraţi trei medicamente anxiolitice şi trei antidepresive.
2. Concepeţi un proiect terapeutic individualizat (P.T.I.) pentru un pacient cu probleme severe de sănătate mintală.
3. Care credeţi că trebuie să fie conduita D-voastră în cazul unui pacient violent? Comparaţi răspunsul D-voastră cu cel al colegilor.

CAPITOLULV. LEGĂTURA PSIHIATRIEI CU ALTE DISCIPLINE

Interferențele între psihiatrie şi alte domenii ale patologiei se realizează din mai multe incidențe.

Există tulburări specific psihiatrice care prezintă simptome „somatice" în însăşi manifestarea lor. La debut sau în fazele de intensitate uşoară sau medie acestea pot apărea în prim plan sugerând pacientului şi medicului o suferință somatică astfel o „maschează" pe cea psihiatrică. În depresie întâlnim inapetență cu scădere în greutate, cenestopatii şi algii, spasme pe organele interne (constipație, stază biliară, accentuarea crizelor migrenoase şi artritice), preocupări hipocondriace, etc. În anxietate întâlnim: tahicardie, creşterea TA, transpirații, grețuri şi regurgitații, accelerarea tranzitului intestinal, balonări, amețeli, hiperpnee, hiperreactivitate neuro-musculară (ca în spasmofilie), etc. În tulburările conversive întâlnim: pareze, anestezii, crize de leşin, mişcări involuntare, scăderea vederii şi auzului, etc. Menționăm încă „algiile psihogene". Toate aceste manifestări fac necesară deseori prezența psihiatrului (şi a echipei sale) în variate servicii medicale precum ar fi: neurologie, neuro-chirurgie, endocrinologie, cardiologie, gastroenterologie, pneumologie, etc. Dacă printr-o examinare obiectivă, anamneza, examen psihologic, investigație sociologică, etc. se dovedeşte că nu există argumente de boală somatică, dar există cele pentru tulburare psihică, se realizează un important câştig (pentru pacient, societate, medicină) aplicându-se un tratament adecvat.

2. Există tulburări organice care, prin afectarea directă sau indirectă a funcționării creierului, prezintă importante perturbări psihopatologice mai ales din seria: delirium, sindrom diskinetic, deteriorare cognitivă; tulburări de personalitate. Aşa se întâmplă în infecțiile cu afectare cerebrală (meningo-encefalitice) sau generale (însoțite de un sindrom febril-toxic), în intoxicații exogene şi endogene, insuficiență circulatorie cerebrală, tumori intra-craniene, epilepsie, traumatisme craniene, etc.

În toate aceste cazuri pot apare şi alte simptome psihopatologice, precum: depresia, anxietatea, halucinațiile, delirul, agitația psihomotorie. Cele două situații menționate mai sus fac necesară prezența psihiatrului în echipa de diagnostic (pozitiv şi diferențial), din multiple specialități medicale.

3. Există tulburări predominant somatice diagnosticate şi tratate în diverse specialități în care sunt prezente simptome psihopatologice, divers conturate. Cele mai frecvente sunt: simptomul depresiv, simptomul anxios, simptomul astenic, simptomul conversiv (şi de somatizare). E vorba de

aproape orice domeniu de patologie. Prezența acestor tulburări psihice poate fi o stare reactivă față de situația de boală sau față de deteriorarea calității vieții pe care suferința o induce (de exemplu în cancer, diabet, etc.). Pe de altă parte, ele pot avea un substrat etiopatogenic comun (ca în tulburările endocrine, obezitate, insuficiență circulatorie cerebrală, etc.). În sfârşit, e vorba şi de perspectiva psiho-somatică care consideră ca unele stări maladive au în combinația lor etio-patogenică şi factori psihici (în HTA şi boli coronariene, ulcere gastro-intestinale, astmul bronşic, o serie de suferințe dermatologice şi ginecologice, chiar declanşarea mai rapidă a cancerului). Indiferent de etio-patogenia sindroamelor psihopatologice, care sunt concomitente – comorbide – cu tulburările somatice, ele intervin în lanțul evolutiv, motiv pentru care trebuie diagnosticate şi tratate. Astfel, de exemplu, prezența depresiei are ca consecințe: scăderea imunității organismului, reducerea ritmului de refacere biologică, reducerea dorinței de vindecare a pacientului, şi, în consecința, participarea sa în calitate de co-terapeut la tratament, apariția ideației suicidare, etc.

În continuare, vor fi expuse schematic câteva domenii de patologie în care interferența somato-psihică necesită implicarea psihiatrului.

- Hipertensiunea arterială, boala coronariană, aritmii, diverse probleme psihice după intervenții chirurgicale pe cord;
- Tulburări gastro-intestinale funcționale, la nivelul esofagului (globus), dispepsie, aerofagie, bulb iritabil, algii abdominale şi ano-rectale, diaree şi contribuție funcțională la boala ulceroasă, colita ulcerativă;
- Obezitate, anorexie, bulimia nervoasă;
- Boala astmatică, boala obstructiv pulmonară cronică (probleme corelate fumatului);
- Tulburări endocrine: hiper şi hipotiroidism, hipercortizolemie, hiperprolactinemie, sindromul ovarului polichistic, acromegalie;
- Tulburări dermatologice: alopecia, urticaria, purpura psihogenă;
- Tulburări musculo-scheletale: artrita reumatoidă, lupus eritematos, fibromialgia;
- Oncologie. În ultimele decenii s-a dezvoltat intens o specialitate de psiho-oncologie.

4. Psihiatria de legătură. Pentru beneficiul bolnavului, a familiilor lor, a societății şi pentru reducerea costurilor asistenței medicale, este important ca psihiatrul şi echipa sa (psiholog, asistent social, psihoterapeut) să fie incluşi – sau, cel puțin, consultați – în procesul diagnostico-terapeutic al diverselor specialități şi a medicului de familie. Se realizează astfel o psihiatrie de legătură, denumită astfel deoarece nu se intervine de obicei psihiatric direct,

ci indirect. Uneori, pacienții – de exemplu cei cardiologici – au reticențe în a avea o legătură cu psihiatrul; dar acceptă discuția cu un psiholog. La fel se prezintă cazul în unele suferințe dermatologice sau canceroase. Pot interveni psihoterapeuții (ce posedă diverse tehnici utile), fiziokinetoterapeuții, meloterapeuții, socio-terapeuții, etc. În cazul şedințelor de dializă renală este util să fie consiliat psihoterapeutic la nevoie chiar personalul medical (asistente, medici) care sunt suprasolicitați afectiv de pacienți. O bună cură terapeutică în obezitate nu se poate facă fără terapie cognitiv-comportamentală. Pregătirea pentru o naştere fără dureri implică exerciții conduse de psiholog.

În practica medicului de familie psihiatria de legătură este de asemenea deosebit de importantă. La acest nivel pot fi depistate precoce tulburările anxioase, depresive, psihotice, psihosomatice, alcoolismul, demența. De asemenea, se pot inventaria influențele pe care le are asupra întregii familii prezența unui membru al ei bolnav somatic sau psihic. Şi, în primul rând, influențele negative asupra copiilor. Pot fi de asemenea depistate disfuncționalități în dinamica relațiilor intrafamiliale cu posibile intervenții terapeutice familiale.

Din toate considerentele prezentate anterior reiese rolul fundamental menținerii legăturii dintre psihiatru şi colegii din celelalte specialități medicale.

CAPITOLUL VI. SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ŞI PSIHIATRIA COMUNITARĂ

CUPRINS:

- OBIECTIVE DIDACTICE
- ACTIVITĂȚI DIDACTICE
- MATERIAL DE STUDIU
- TESTE

OBIECTIVE DIDACTICE:

1. CUNOAŞTEREA SISTEMULUI ACTUAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ DIN JUDEȚUL TIMIŞ.

2. ÎNȚELEGEREA IMPORTANȚEI ŞI ROLULUI ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE.

3. ÎNSUŞIREA SARCINILOR SPECIFICE ALE MEDICULUI CURANT ÎN CADRUL COMUNITĂȚII.

ACTIVITĂȚI DIDACTICE:

- ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE:

1. *Care este rolul medicului de familie în cadrul îngrijirilor comunitare a persoanelor cu probleme psihice?*

……

……

2. *Care sunt avantajele lucrului în echipe multidisciplinare?*

……

……

3. *Care sunt elementele sistemului de sănătate mintală din arealul nostru pe care le cunoaşteți şi pe care le puteți eventual recomanda?*

……

……

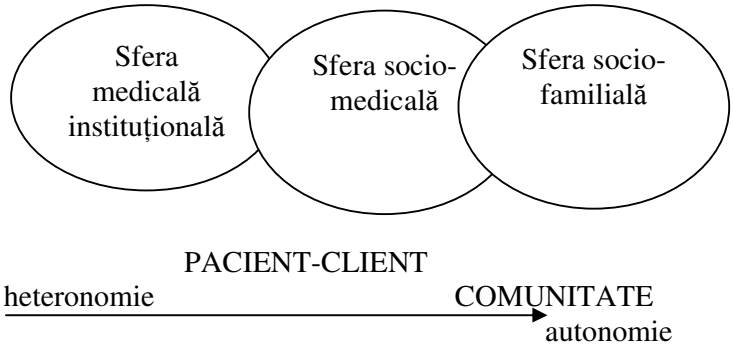
- EXERCIȚII:

1. Enumerați caracteristicile unei echipe funcționale de îngrijiri de sănătate.
2. Descrieți conduita D-voastră în cazul în care sesizați existența unor probleme de sănătate mintală la pacientul pe care-l examinați la cabinetul privat.

SISTEMUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ŞI PSIHIATRIA COMUNITARĂ

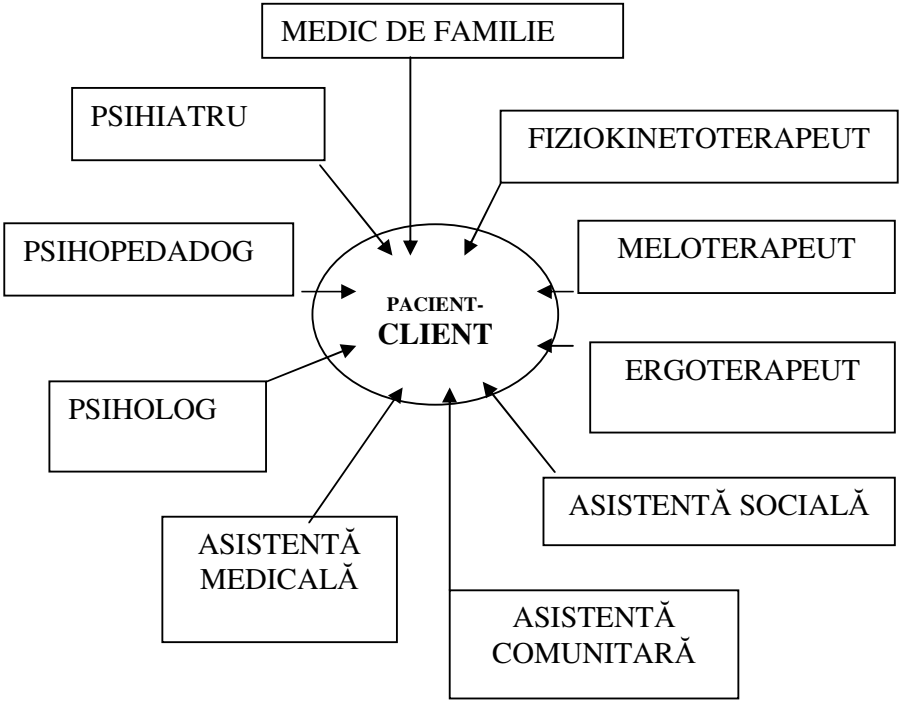
Medicul de familie constituie elementul de legătură între sferele de îngrijiri de sănătate mintală, având rolul de susținere a beneficiarului în procesul de tranziție spre autonomia acestuia în comunitate.

Schema sferelor îngrijirilor de sănătate mintală:



Sarcina medicului este de a oferi grupului populațional din sectorul arondat servicii sanitare de înaltă calitate, de a răspunde nevoilor reale ale comunității şi de a conlucra cu membrii echipei multidisciplinare în scopul prevenirii bolilor, promovării sănătății, îngrijirii şi susținerii persoanelor cu probleme de sănătate sau a celor cu dizabilități.

ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ:



SISTEMUL SĂNĂTATE MINTALĂ DIN JUDEȚUL TIMIȘ

AMB. SPIT.

POLIC. 1,2,3,4

POL. PRIV.

CABINETE PRIVATE

SP.CLIN.JUD.1 TIMIȘOARA

CLINICA PSIHIATRICĂ "EDUARD PAMFIL"

PACIET CLIENT

STAȚIONAR DE ZI

LABORATOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ (LSM)

ERGOTERAPIE AMBULATORIE

MEDIC DE FAMILIE

SPITALUL JEBEL

SPITALUL GĂTAIA

SPITALUL DE NEUROPSIHIATRIE INFANTILĂ LUGOJ

SPITALUL DE PEDIATRIE CLINICA DE N.P.I.

SPITALUL LUGOJ Secția psihiatrie

POLICLINICA LUGOJ

ASOCIATIA ALZHEIMER

ASOCIAȚIA "SPERANȚA"

CENTRUL "PENTRU VOI"

ASOCIAȚIA "ARMONIA" CENTRUL DE. REABILITARE PSIHOSOCIALĂ

VII BIBLIOGRAFIE:

1. ***, *C.I.A.D.H.-2, Clasificarea Internațională a Afectărilor, Activităților şi Participărilor*, O.M.S., 2001
2. *** , *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition,. Text revision (DSM IV –TR), American Psychiatric Association, Washington D.C., 2000
3. *** , *I.C.D.-10, Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament - Simptomatologie şi diagnostic clinic*, OMS Geneva 1992, Ed. ALL, Bucureşti, 1998.
4. Breakey W.R. şi colab. *Servicii integrate de sănătate mintală-Psihiatrie comunitară modernă*, Editura Fundației PRO, Bucureşti, 2001
5. Dehelean M., Dehelean P., Dehelean L, *Semiologie şi criterii de diagnostic în psihiatria adultului – perspectiva ICD 10 WHO şi DSM IV - TR APA*, Ed. Mirton, Timişoara, 2001
6. Dehelean M., Dehelean P., Ienciu M., Lăzărescu M., ş.a. *Curs de psihiatrie generală pentru vârsta adultă şi înaintată,* Lito U.M.F.T. Timişoara, 1998
7. Gelder M., Gath D., Mayou R., *Tratat de psihiatrie Oxford,* Ed. A.P.L.R., 1994
8. Goldberg D. *Ghid de Psihiatrie Practică*, ed. a III-a, Bucureşti, Ed. Fundației PRO, Bucureşti, 1997
9. Sadock BJ, Sadock Virginia.A, *Manual de buzunar de psihiatrie clinică, Ediția a treia,* Lippincott Williams & Wilkins, Editura Medicală, Bucureşti, 2001
10. Lăzărescu M. *Psihopatologie clinică*, Ed. Helicon, Timişoara, 1994
11. Lăzărescu M., Tiberiu M., Sturz O. *Ghid de sănătate mintală şi psihiatrie pentru medicii de familie*, Timişoara, Ed. Solness, 2001
12. Prelipceanu D., Mihailescu R., Teodorescu R., *Tratat de sănătate mintală*, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000
13. Stahl S.M., *Essential Psychopharmacology- Neuroscientific Basis and Practical Applications,* second edition, Cambridge University Press, Cambridge, 2002
14. World Health Report, *Menthal Health. New Understanding, New Hope*, Geneva, World Health Organization, 2001
15. Winokur G., Clayton Paula J., *The Medical Basis of Psychiatry,* second edition, W.B. Saunders Company, 1994